

Documento PTR n. 344 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE DI:
goserelina, leuprorelina, triptorelina
ulipristal 5 mg
relugolix/estradiolo/noretisterone
SECONDO LA NOTA AIFA 51**

Novembre 2023

PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI: goserelina, leuprorelina, triptorelina, ulipristal 5 mg, relugolix/estradiolo/noretisterone SECONDO NOTA AIFA 51

UO : _____	Medico prescrittore _____
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome o iniziali) _____	Data di nascita _____
C. F. _____	Residente a _____ Prov. _____
Via _____ n. _____	Tel. _____ AUSL di residenza _____
Regione _____	Medico di Medicina generale _____

La prescrizione di: analoghi dell’LHRH (goserelina, leuprorelina, triptorelina), modulatori selettivi del recettore del progesterone (ulipristal) e antagonisti dell’ormone di rilascio delle gonadotropine, in associazione preconstituita con estrogeno e progestinico (relugolix/estradiolo emiurato/noretisterone acetato) secondo la Nota AIFA 51 e nel rispetto delle indicazioni approvate e di quanto previsto nell’RCP dei singoli farmaci, è a carico del SSN se effettuata dagli specialisti ginecologi che operano nei Consultori delle Aziende USL, nelle UU.OO. e/o negli Ambulatori di Ginecologia delle Aziende USL e Ospedaliere e relativi Centri delegati della Regione Emilia Romagna per la seguente condizione clinica (barrare e stampare l’opzione prescrittiva di interesse):

Analoghi dell’LHRH (goserelina, leuprorelina, triptorelina)

Indicazioni rimborsate SSN (Nota AIFA 51):

- trattamento intermittente (fino ad un massimo di 4 cicli) dei sintomi da moderati a gravi di fibromi dell’utero in donne adulte che non hanno raggiunto la menopausa quando l’embolizzazione di fibroma uterino e / o le opzioni di trattamento chirurgico non sono adatte o hanno fallito.
- trattamento prechirurgico dei fibromi uterini in donne adulte in età riproduttiva con le seguenti durate di trattamento:
 - 3 mesi: per gli interventi di miomectomia e isterectomia della paziente metrorragica;
 - 1 mese: per gli interventi di ablazione endometriale e di resezione di setti endouterini per via isteroscopica.

Principio attivo prescritto: goserelina leuprorelina triptorelina

Dose e durata del trattamento	
Posologia: _____	N. conf. prescritte _____
Trattamento intermittente:	
<input type="checkbox"/> primo ciclo	<input type="checkbox"/> secondo ciclo <input type="checkbox"/> terzo ciclo <input type="checkbox"/> quarto ciclo
durata prevista del trattamento _____	
Trattamento prechirurgico:	
durata prevista del trattamento: <input type="checkbox"/> 1 mese <input type="checkbox"/> 3 mesi	

Ulipristal 5 mg

Indicazione rimborsata SSN (Nota AIFA 51):

trattamento intermittente (della durata di 3 mesi) dei sintomi da moderati a gravi di fibromi dell'utero in donne adulte che non hanno raggiunto la menopausa quando l'embolizzazione di fibroma uterino e / o le opzioni di trattamento chirurgico non sono adatte o hanno fallito.

Specificare:

Presenza di controindicazioni alla embolizzazione e/o alla chirurgia: Sì No

Specificare: _____

Fallimento della embolizzazione/chirurgia: Sì No

Dose e durata del trattamento

Dose/die: 1 cpr da 5 mg N. conf. prescritte* _____ Durata prevista del trattamento _____

primo ciclo secondo ciclo** terzo ciclo** quarto ciclo**

* Sono prescrivibili un numero massimo di 3 confezioni per ciclo

** Il ciclo di trattamento di 3 mesi può essere ripetuto fino ad un massimo di 3 volte (per un totale di 4 cicli complessivi)

Per ulteriori particolari fare riferimento all'RCP di Esmya®.

Relugolix/estradiolo emiidrato/noretisterone acetato

Indicazione rimborsata SSN (Nota AIFA 51):

trattamento fino ad un massimo di 24 mesi continuativi dei sintomi da moderati a severi dei fibromi uterini in donne adulte in età fertile quando il trattamento chirurgico non rappresenti l'opzione di scelta sulla base di una valutazione clinica individuale.

La possibilità di considerare ulteriori cicli di trattamento potrebbe essere considerata in base alla valutazione clinica.

Prescrizione

prima prescrizione prescrizioni successive (entro i primi 24 mesi) prescrizioni oltre il 24° mese

Dose/die: 1 cpr

Durata prevista del trattamento* _____ N. conf. prescritte _____

* la durata massima di un trattamento continuativo è di 24 mesi

In caso di prescrizione oltre il 24° mese, specificare la motivazione:

La validità del Piano terapeutico è al massimo di 12 mesi.

La durata massima della prima prescrizione non può superare i 6 mesi.

Data _____

timbro e firma del Medico prescrittore