



PIANO TERAPEUTICO PER DERMATITE ERPETIFORME
(DGRT 22/2018)

Prescrizione specialistica - VALIDITA' DAL: ___ / ___ / ___ AL: ___ / ___ / ___ (durata massima 1 ANNO)

A) PRESIDIO PRESCRITTORE

| | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------|-----|
| STRUTTURA: _____ | | AZIENDA SANITARIA _____ | |
| (PRESIDIO ACCREDITATO DELLA RETE REGIONALE TOSCANA PER LA DERMATITE ERPETIFORME) | | | |
| Malattia cronica: | CELIACHIA | Codice esenzione: | 059 |
| Codice specifico ICD-9-CM: | 059.694.0 DERMATITE ERPETIFORME | | |
| Cognome e Nome del medico prescrittore: _____ | | | |
| Codice fiscale del medico prescrittore: _____ | | | |
| Data prescrizione: | ___ / ___ / _____ | | |

B) DATI ASSISTITO

| | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| COGNOME E NOME: _____ | SESSO: M/F | DATA DI NASCITA: ___/___/_____ |
| CODICE FISCALE: _____ | Azienda USL: _____ | |
| Comune residenza (Prov.): _____ | Regione residenza: _____ | |
| Telefono: _____ | Medico curante: _____ | |

DOCUMENTO PER IL PAZIENTE

Questo modulo può essere compilato solo dai presidi accreditati della Rete regionale toscana per la Dermatite Erpetiforme
(L 183/2005 - DGR 22/2018).

L'elenco completo e aggiornato dei presidi della rete regionale toscana è consultabile su www.malattierare.toscana.it

| FARMACO | Non sostituibile (se SI, scrivere motivazioni *) | Forma Farmaceutica/ Dosaggio | Classe (barrare) | Off Label (se si barra SI, barrare anche una delle 3 voci) | Posologia | Durata (inclusa nel periodo di validità del piano) | *Motivazioni cliniche (anche allegando ulteriore documentazione) |
|---------|--|------------------------------|------------------|---|-----------|--|--|
| | SI/NO | | A/C/H | SI/NO a) uso off label secondo legge 648/96 e succ.modifiche b) uso off label compreso in specifici atti regionali c) uso off label non compreso nè in a) nè in b) | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

DOCUMENTO PER IL PAZIENTE

NOTA AI FINI DELLA DISPENSAZIONE E CONCEDIBILITA': ai fini dell'erogazione dei prodotti prescritti i pazienti devono rivolgersi presso le Farmacie di continuità della ASL di residenza/domicilio sanitario.

I prodotti che non rientrano tra i farmaci di classe A potrebbero non essere rimborsati/dispensati secondo la specifica normativa regionale in materia.

Questo modulo può essere compilato solo **dai presidi accreditati della Rete regionale toscana per la Dermatite Erpetiforme** (L 183/2005 - DGR 22/2018).

L'elenco completo e aggiornato dei presidi della rete regionale toscana è consultabile su www.malattierare.toscana.it

| FARMACO GALENICO - PREPARAZIONE | Formulazione Dosaggio | Posologia | Durata (inclusa nel periodo di validità del piano) | Motivazioni Barrare una delle 4 opzioni, se 4 specificare |
|---------------------------------|-----------------------|-----------|--|---|
| | | | | 1. FARMACO ORFANO O NON REPERIBILE 2. DOSAGGIO ORFANO 3. INTOLLERANZE AI COMPONENTI DELLA SPECIALITÀ 4. ALTRO (specificare) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

DOCUMENTO PER IL PAZIENTE

NOTA AI FINI DELLA DISPENSAZIONE E CONCEDIBILITÀ: ai fini dell'erogazione dei prodotti prescritti i pazienti devono rivolgersi presso le Farmacie di continuità della ASL di residenza/domicilio sanitario.
I prodotti che non rientrano tra i farmaci di classe A potrebbero non essere rimborsati/dispensati secondo la specifica normativa regionale in materia.

Questo modulo può essere compilato solo dai presidi accreditati della Rete regionale toscana per la Dermatite Erpetiforme
 (L 183/2005 - DGR 22/2018).

L'elenco completo e aggiornato dei presidi della rete regionale toscana è consultabile su www.malattierare.toscana.it

| INTEGRATORI, PARAFARMACI, DIETETICI | Descrizione | Formulazione Dosaggio | Posologia | Durata (inclusa nel periodo di validità del piano) |
|-------------------------------------|-------------|-----------------------|-----------|---|
| | | | | |
| | | | | |

| ALTRO | Descrizione | Formulazione Dosaggio | Posologia | Durata (inclusa nel periodo di validità del piano) |
|-------|-------------|-----------------------|-----------|---|
| | | | | |
| | | | | |

Io sottoscritto attesto che il presidio è riconosciuto per la terapia della dermatite erpetiforme dalla Regione Toscana secondo l'elenco visualizzabile sul sito www.malattierare.toscana.it

TIMBRO e FIRMA del medico: _____

DOCUMENTO PER IL PAZIENTE

NOTA AI FINI DELLA DISPENSAZIONE E CONCEDIBILITA': ai fini dell'erogazione dei prodotti prescritti i pazienti devono rivolgersi presso le Farmacie di continuità della ASL di residenza/domicilio sanitario.
I prodotti che non rientrano tra i farmaci di classe A potrebbero non essere rimborsati/dispensati secondo la specifica normativa regionale in materia.

Questo modulo può essere compilato solo **dai presidi accreditati della Rete regionale toscana per la Dermatite Erpetiforme**
(L 183/2005 - DGR 22/2018).

L'elenco completo e aggiornato dei presidi della rete regionale toscana è consultabile su www.malattierare.toscana.it



REGIONE
TOSCANA

Legge n. 94/1998
PRESCRIZIONE DI FARMACI GALENICI

Allegato al Piano Terapeutico per DERMATITE ERPETIFORME

Il sottoscritto Dr./Prof. _____ Cod. Fisc.: _____

in servizio presso: _____

(STRUTTURA PRESENTE NELLA RETE REGIONALE DERMATITE ERPETIFORME)

acquisito il consenso informato del paziente:

COGNOME E NOME: _____ C.FISC: _____

DATA NASCITA: _____

COMUNE RESIDENZA: _____

ASL APPARTENENZA: _____

PATOLOGIA: _____

DICHIARO di assumere la responsabilità della seguente prescrizione galenica:

SPECIALITA' MEDICINALE: _____

PRINCIPIO ATTIVO: _____

DOSAGGIO-VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

POSOLOGIA: _____

DURATA TRATTAMENTO: _____

MOTIVAZIONE PRESCRIZIONE GALENICA:

E' obbligatorio allegare una breve relazione clinica sul caso.

Luogo e Data: _____

Timbro e firma prescrittore: _____



DGRT n. 148/2007 (Allegato 5) e successive deliberazioni

USO OFF LABEL di Farmaci

Prescrizione e Segnalazione di impiego

Allegato al Piano terapeutico per DERMATITE ERPETIFORME

Il sottoscritto Dr./Prof. _____ Cod. Fisc.: _____

in servizio presso: _____

(STRUTTURA PRESENTE NELLA RETE REGIONALE DERMATITE ERPETIFORME)

acquisito il consenso informato del paziente:

COGNOME E NOME: _____

DATA NASCITA _____ COD.FISC.: _____

COMUNE RESIDENZA (Prov.): _____ ()

AZIENDA USL APPARTENENZA: _____

dichiaro di assumere la responsabilità della seguente prescrizione "off label":

SPECIALITA' MEDICINALE: _____

PRINCIPIO ATTIVO: _____

DOSAGGIO-VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

POSOLOGIA: _____

DURATA TRATTAMENTO: _____

con la seguente motivazione (barrare una delle scelte):

- a) uso off label secondo legge 648/96 e succ. modifiche
- b) uso off label compreso in specifici atti regionali
- c) uso off label non compreso nei due punti sopra

E' obbligatorio allegare una breve relazione clinica sul caso.

Luogo e Data: _____

Timbro e firma prescrittore: _____



REGIONE
TOSCANA

CONSENSO INFORMATO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI GALENICI/OFF-LABEL⁽¹⁾

Io sottoscritto/a: Cognome _____ Nome _____

codice fiscale: _____

nato/a a _____ il giorno _____

residente nel Comune di _____ (_____)

DICHIARO di essere stato informato dettagliatamente /a dal Prof./Dr.

_____ (cod.fisc. _____)

che il trattamento terapeutico suggerito come utile nel mio caso prevede l'impiego di:
(elenco degli off label e dei galenici):

FARMACO: _____

FORMA-DOSAGGIO-VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

POSOLOGIA: _____

DURATA TRATTAMENTO: _____

MOTIVAZIONI: _____

FARMACO: _____

FORMA-DOSAGGIO-VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

POSOLOGIA: _____

DURATA TRATTAMENTO: _____

MOTIVAZIONI: _____

FARMACO: _____

FORMA-DOSAGGIO-VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

POSOLOGIA: _____

DURATA TRATTAMENTO: _____

MOTIVAZIONI: _____

FARMACO: _____

FORMA-DOSAGGIO-VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

POSOLOGIA: _____

DURATA TRATTAMENTO: _____

MOTIVAZIONI: _____

FARMACO: _____

FORMA-DOSAGGIO-VIA DI SOMMINISTRAZIONE: _____

POSOLOGIA: _____

DURATA TRATTAMENTO: _____

MOTIVAZIONI: _____

Mi sono state fornite informazioni su tutti i farmaci prescritti e possibili effetti collaterali.

Il medico si impegna ad informarmi su eventuali aggiornamenti relativi a questa terapia.

Dichiaro di aver compreso tutte le informazioni di cui sopra e di essere in possesso degli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto liberamente, spontaneamente e in piena coscienza firmando questo modulo **ACCONSENTO ad assumere la terapia proposta**, consapevole dei possibili rischi derivanti da tale scelta.

Potrò revocare il consenso in ogni momento senza che ciò comporti alcuno svantaggio o pregiudizio da parte del personale sanitario, compilando ed inviando il modulo di revoca del consenso che mi è stato consegnato assieme al presente.

Qualora avessi necessità di ulteriori informazioni riguardanti o in caso di necessità, potrò contattare il medico al numero: _____

Luogo: _____ Data: _____

FIRMA: _____
(del paziente o del rappresentante legalmente riconosciuto)

FIRMA medico: _____

⁽¹⁾OFF-LABEL: Farmaco prescritto al di fuori delle condizioni di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) ossia per un'indicazione terapeutica e/o posologia e/o via di somministrazione e/o altro, non espressamente riportati nella scheda tecnica ministeriale autorizzata dal Ministero della Salute (Legge 296/06 all'articolo1, comma 796, lettera Z).



REGIONE
TOSCANA

**REVOCA AL CONSENSO
PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI GALENICI/OFF-LABEL**

Io sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

codice fiscale: _____

nato/a a _____ il giorno _____

residente nel comune di _____ (_____)

dichiaro di voler REVOCare il consenso all'assunzione dei farmaci (elenco degli off label e dei galenici):

Il consenso era stato da me firmato in data _____

Luogo: _____ Data: _____

FIRMA: _____

(del paziente o del rappresentante legalmente riconosciuto)