

**PIANO TERAPEUTICO AIFA  
PER PRESCRIZIONE SSN DI LAMIVUDINA (ex Nota 32 bis)**

Centro prescrittore \_\_\_\_\_

Medico prescrittore (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome) \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

sexso M  F  Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_

AUSL di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

**LA PRESCRIZIONE DI LAMIVUDINA È A CARICO DEL SSN PER LE SEGUENTI CONDIZIONI CLINICHE:**

- Epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con malattia avanzata**  
(con riscontro istologico di ponti porto-centrali e/o diagnosi clinica di cirrosi) in cui l'interferone sia controindicato, o non tollerato o inefficace, come terapia soppressiva senza limiti temporali né di associazione.
- Epatite cronica B HBV-DNA positiva senza malattia avanzata**  
come terapia di durata definita e senza limiti di associazione.
- Portatori cronici di HBsAg**  
per il trattamento e per la prevenzione delle riesacerbazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi o a trapianto di midollo o di organo solido, senza limiti temporali né di associazione.
- Soggetti HBsAg negativi**  
portatori di anticorpi anti HBV per la prevenzione delle riesacerbazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi in grado di causare importante immunodepressione, senza limiti temporali.

**FARMACO PRESCRITTO:**

lamivudina cp 100 mg

lamivudina sospensione 5 mg/ml

Dose/die: \_\_\_\_\_

Durata prevista del trattamento: \_\_\_\_\_

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore