



PIANO TERAPEUTICO
PER LA PRESCRIZIONE*, A CARICO DEL SSN/SSR, AI SENSI DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1996, n. 648, DI
FARMACI IMPIEGATI NEL PROCESSO DI VIRILIZZAZIONE DI TRANSGENDER

Azienda Sanitaria/Ospedaliera _____

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (nome e cognome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Soggetto (iniziali) _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____

Azienda ULSS di residenza _____ Prov _____

Medico di Medicina Generale _____

*La prescrizione a carico del SSN/SSR dei medicinali testosterone, testosterone undecanoato, testosterone entantato ed esteri del testosterone, ai sensi della L. 648/96, per il processo di virilizzazione di uomini transgender, può essere effettuata unicamente da parte dello specialista endocrinologo operante presso le UO individuate dalla Regione, previa diagnosi confermata da una equipe multidisciplinare e specialistica.

Equipe multidisciplinare e specialistica - paziente minorenn

Equipe multidisciplinare e specialistica composta da specialista in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, endocrinologia pediatrica, psicologia dell'età evolutiva e bioetica, istituita a livello aziendale con Delibera del Direttore Generale n. _____ del _____.

Equipe multidisciplinare e specialistica - paziente maggiorenne

Equipe multidisciplinare e specialistica composta da specialista in endocrinologia e psichiatria/psicologia, istituita a livello aziendale con Delibera del Direttore Generale n. _____ del _____.

Indicazione:

Processo di virilizzazione di uomini transgender, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere formulata da una equipe multidisciplinare e specialistica dedicata.

Prescrizione

Farmaco prescritto (principio attivo)	Dose (mg)	Frequenza (gg o settimane)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
---------------------------------------	-----------	----------------------------	--------------------	-------------------------



Testosterone undecanoato			<input type="checkbox"/>	
Testosterone entantato			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esteri del testosterone			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testosterone gel transdermico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Posologia:

- testosterone undecanoato: 1000 mg i.m. ogni 12-16 settimane, previo carico dopo 6 settimane;
- testosterone undecanoato: 120 – 160 mg/die per os;
- testosterone entantato: 250 mg i.m. ogni 21-28 gg;
- esteri del testosterone: 250 mg i.m. ogni 21-28 gg;
- testosterone gel transdermico: da 20 a 80 mg/die, su cute integra e ben idratata.

Si rimanda ai singoli RCP per ulteriori informazioni circa l'uso corretto dei medicinali

Validità del piano terapeutico (mesi) _____

NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione non può superare i 6 mesi dalla data di compilazione. Nei primi 6 mesi di presa in carico, la rivalutazione dovrà essere effettuata ogni 3 mesi per l'aggiustamento della terapia, successivamente ogni 6 mesi.

Se minore, è necessario acquisire il consenso al trattamento di entrambi i genitori o da altri tutori secondo le normative inerenti i soggetti minorenni (art. 3 della legge n. 219/2017).

Data

Timbro e firma del medico prescrittore
