



**Allegato A al Decreto n. 063 del 16 GIU. 2021** pag. 1/2

**Piano di Cura**

<b>Farmaco:</b>	Mulpleo®
<b>Principio attivo:</b>	Lusutrombopag
<b>Indicazione:</b>	Trattamento della trombocitopenia severa in pazienti adulti affetti da malattia epatica cronica sottoposti a procedure invasive.
<b>Posologia (secondo RCP):</b>	3mg/die per 7 gg. La procedura deve essere eseguita dal giorno 9 dopo l'inizio del trattamento con lusutrombopag. Prima della procedura deve essere misurata la conta piastrinica.

<b>Centro prescrittore:</b>		
<b>UO di afferenza:</b>	_____	
<b>Struttura:</b>	_____	
<b>Iniziali paziente:</b>		
<b>Data nascita:</b>		
<b>Tipo di procedura invasiva a cui deve essere sottoposto il paziente:</b>		
<b>Data prevista della procedura invasiva:</b> (la procedura deve essere eseguita dal giorno 9 dopo l'inizio dell'eventuale trattamento con lusutrombopag)		
<b>Presenza di malattia epatica cronica</b>	Si	No (paziente non eleggibile a lusutrombopag)
<b>Presenza di trombocitopenia severa</b>	Si	No (paziente non eleggibile a lusutrombopag)
<b>Codice di esenzione per malattia rara, se previsto*</b>		
<b>Conta piastrinica iniziale:</b>		
<b>Data inizio terapia con lusutrombopag:</b> (considerare le opportune tempistiche rispetto alla data prevista della procedura)		
<b>Il paziente è candidabile a lusutrombopag:</b>	Si	No

\*se presente Codice di esenzione malattia rara, compilare anche il Registro per le Malattie Rare.

**Il medico prescrittore ha già concordato con il medico che effettuerà la procedura invasiva la necessita del trattamento.**

**N.B. Copia del presente Piano di Cura dovrà essere rilasciata al paziente, il quale dovrà provvedere a consegnarla al medico il giorno dell'intervento.**

Data, \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico richiedente, con l'indicazione dell'UO di afferenza

\_\_\_\_\_

**Parte riservata alla Farmacia:**

<b>Farmaco consegnato</b>	<b>Data di consegna</b>
<b>Mupleo® - Lusutrombopag 7 cpr 3 mg</b>	

Firma del farmacista che eroga \_\_\_\_\_