

**Allegato A al Decreto n. 092 del 10 SET. 2021**

pag. 1/2

Piano di Cura per la prescrizione dei farmaci per il trattamento della trombocitopenia severa in pazienti con malattia epatica cronica candidati a procedure invasive**Farmaci autorizzati e rimborsati e relative modalità d'uso:**

Principio attivo (Brand)	Indicazione autorizzata e rimborsata	Posologia secondo scheda tecnica			Tempistiche e ulteriori note secondo quanto indicato in scheda tecnica
Lusutrombopag (Mulpleo®)	Trattamento della trombocitopenia severa in pazienti adulti affetti da malattia epatica cronica sottoposti a procedure invasive.	3mg/die per 7 giorni			<ul style="list-style-type: none"> La procedura deve essere eseguita dal giorno 9 dopo l'inizio del trattamento con lusutrombopag. Prima della procedura deve essere misurata la conta piastrinica.
Avatrombopag (Doptelet®)	Trattamento della trombocitopenia grave, nei pazienti adulti con malattia epatica cronica e programmati per essere sottoposti a una procedura invasiva	La dose giornaliera raccomandata deve essere definita in funzione della conta piastrinica del paziente secondo il seguente schema:			<ul style="list-style-type: none"> La somministrazione deve iniziare da 10 a 13 giorni prima della data prevista per la procedura e il paziente deve sottoporsi alla procedura da 5 a 8 giorni dopo la somministrazione dell'ultima dose di avatrombopag. Prima della procedura deve essere misurata la conta piastrinica.
		Conta piastrinica ($\times 10^9/L$)	Dose/die	Durata	
		<40	60 mg (3 cpr da 20 mg)	5 giorni	
		da ≥ 40 a <50	40 mg (2 cpr da 20 mg)	5 giorni	

Scheda prescrizione:

Centro prescrittore:		
UO di afferenza:	_____	
Struttura:	_____	
Iniziali paziente:		
Data nascita:		
Tipo di procedura invasiva a cui deve essere sottoposto il paziente:		
Data prevista della procedura invasiva: (vedi tempistiche da rispettare in Sezione 1)		
Presenza di malattia epatica cronica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No (paziente non eleggibile ad alcuno dei due farmaci)
Presenza di trombocitopenia severa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No (paziente non eleggibile ad alcuno dei due farmaci)
Malattia rara con codice di esenzione R	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Codice di esenzione per malattia rara, se risposto "Si" alla domanda precedente: *	
Conta piastrinica iniziale (prima di iniziare il trattamento farmacologico) (x10⁹/L):	_____
Indicare il farmaco prescritto	<input type="checkbox"/> Lusutrombopag (Mupleo®) , 3 mg/die x 7 giorni
	<input type="checkbox"/> Avatrombopag (Doptelet®) , Indicare il dosaggio di avatrombopag prescritto <input type="checkbox"/> 60 mg/die (3 cpr/die da 20 mg) x 5 giorni <input type="checkbox"/> 40 mg/die (2 cpr/die da 20 mg) x 5 giorni
Data prevista inizio terapia (vedi tempistiche da rispettare in Sezione 1)	
Data prevista fine terapia (vedi posologia e tempistiche in Sezione 1)	

*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 necessità 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, _____

Timbro e firma del Medico richiedente, con l'indicazione dell'UO di appartenenza

Parte riservata alla farmacia:

Farmaco consegnato	Confezione consegnata	Data di consegna
<input type="checkbox"/> Lusutrombopag (Mupleo®)	<input type="checkbox"/> 3 mg, 7 cpr	
<input type="checkbox"/> Avatrombopag (Doptelet®)	<input type="checkbox"/> 20 mg, 15 cpr (se dosaggio 60 mg/die) <input type="checkbox"/> 20 mg, 10 cpr (se dosaggio 40 mg/die)	

Firma del farmacista che eroga _____