

ALLEGATO



PIANO TERAPEUTICO (PT) AIFA
per la prescrizione di medicinali a base di **IMIQUIMOD**
(valido per sei settimane)

Centro prescrittore: _____

Nome e cognome del medico prescrittore: _____

Recapito telefonico: _____

Paziente (nome, cognome): _____

Età (anni): _____ Sesso: M ☐ F ☐ Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____ Recapito telefonico: _____

ASL di Residenza: _____ Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione del farmaco è a carico del SSN esclusivamente per le seguenti indicazioni (pazienti adulti):

- trattamento topico di carcinomi basocellulari superficiali di piccola dimensione (sBCC)¹, chirurgicamente non aggredibili o difficilmente aggredibili (per localizzazione o per le possibili conseguenze estetiche);
- trattamento topico dei condilomi acuminati esterni genitali e perianali nei pazienti adulti.

Criteri di inclusione:

1. Carcinoma basocellulare superficiale di piccole dimensioni non aggredibile chirurgicamente, localizzato in aree difficilmente aggredibili chirurgicamente o per il quale il risultato estetico possa essere compromesso:
Sì ☐ No ☐
2. Condilomi acuminati esterni genitali e perianali (*condilomata acuminata*) nei pazienti adulti.
Sì ☐ No ☐

Criteri di esclusione (ai fini dell'eleggibilità è valida solo la risposta **No**):

Carcinomi basocellulari nodulare o infiltrato:

Sì ☐ No ☐

¹ superficie massima 0,5 cm² e diametro massimo 2 cm.



Dose e durata del trattamentoCarcinoma basocellulare

Applicare imiquimod crema **5 volte alla settimana** (esempio: da lunedì a venerdì), prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per circa 8 ore. Durata prevista del trattamento: **6 settimane**.

Condilomi genitali esterni

Applicare imiquimod crema **3 volte alla settimana** (esempio: lunedì, mercoledì e venerdì), prima di coricarsi, e lasciare agire sulla cute per 6-10 ore. Il trattamento dovrà essere proseguito fino alla scomparsa delle lesioni o per un massimo di 16 settimane.

Data ____/____/____

Timbro e firma del clinico prescrittore
_____