



www.asl3.liguria.it

DIPARTIMENTO DELLE ATTIVITA' FARMACEUTICHE
Struttura Complessa Assistenza Farmaceutica Convenzionata
Direttore: Dottoressa Adele COCCINI
Via Operai, 80 - 16149 GENOVA
Palazzo della Salute (Fiumara)
Tel. 0108497144-146 Fax 0108497076
e-mail: FarmaceuticaConvenzionata@asl3.liguria.it

Genova, li 12 GEN. 2015

Prot. n. 3926

Rif. Prot.

Ai MMG e PLS

Al Coordinatore Presidi Ospedalieri
Dottoressa Bruna **REBAGLIATI**

Al Direttore
S.C. Cure Primarie
Dottore Lorenzo **BISTOLFI**

Ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari

Ponente n. 08
Dottor Filippo **PARODI**

Medio Ponente n. 09
Dottor Mauro **OCCHI**

Val Polcevera e Valle Scrivia n. 10
Dottor Carlo **NAVA**

Centro n. 11
Dottoressa Lorenzo **SAMPIETRO**

Val Bisogno e Val Trebbia n. 12
Dottoressa M. Romana **DELLEPIANE**

Levante n. 13
Dottoressa Daniela **DALL'AGATA**

E p.c. Al Direttore
Dipartimento Attività Farmaceutiche
Dottoressa Simonetta **NOBILE**

Al Direttore Sanitario f.f.
Dottor Luigi Carlo **BOTTARO**

Federfarma
Piazza Savonarole, 3/1
16129 Genova

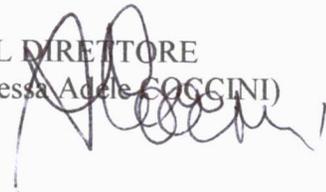
**OGGETTO: modifica del regime di fornitura del medicinale per uso umano “Proviron”
(Determina n. 1560/20149 G.U. n. 5 del 08/01/2015.**

L’Agenzia Italiana del Farmaco ha modificato il regime di fornitura del medicinale “Proviron” ora soggetto a prescrizione medica limitativa, da rinnovare volta per volta, vendibile al pubblico su prescrizione di centri ospedalieri o di specialisti: endocrinologo e urologo (RNRL).

La prescrizione del medicinale, attualmente classificato in classe “C” quindi non a carico del SSN, è soggetta a diagnosi e piano di trattamento, come da scheda tecnica allegata.

La documentazione è comunque consultabile sul sito Intranet della ASL n. 3 “Genovese” sotto la voce Farmacovigilanza <http://www.farmacovigilanza.asl3.liguria.it> nel settore Note AIFA.

IL DIRETTORE
(Dottoressa Adele COCCINI)



Responsabile del Procedimento
Dottoressa Adele COCCINI
Tel. 010/8497149 – fax 010/8497142 - 7076
Email: adele.coccini@asl3.liguria.it

PERCORSO: COCCINI/Proviron
AC/ma

PIANO DI TRATTAMENTO PER MESTEROLONE

Da redigere in duplice copia cartacea ai fini della prescrivibilità a cura degli specialisti in Endocrinologia/Urologia, da rinnovare semestralmente ed inviare al medico curante che ha in carico l'assistito.

Cognome e Nome del medico prescrittore _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

Cognome e Nome dell'assistito _____ Data nascita _____

Sesso M F Codice Fiscale _____

Regione _____ Città _____ Indirizzo _____

AUSL di residenza _____

Cognome e Nome del medico curante _____

Indicazioni terapeutiche autorizzate

- Terapia dell'ipogonadismo maschile

Farmaco, dose e durata del trattamento

Mesterolone (PROVIRON) cp 50 mg

Posologia prevista _____

INIZIO TRATTAMENTO PROSECUZIONE DELLA CURA

Data valutazione: _____

Timbro e firma del medico prescrittore

