

Struttura Complessa Farmaceutica Territoriale

Direttore: Dottoressa Simona BOTTINO

Via Operai, 80 16149 GENOVA

Palazzo della Salute (Fiumara)

Tel. 0108497144-146 Fax 0108497142

e-mail: FarmaceuticaConvenzionata@asl3.liguria.it

Genova, li **23 OTT. 2019**Prot. n. *144976**Rif. Prot.*

Ai Sigg. Medici MG e PLS

Al Direttore POU

Al Referente

Branca di dermatologia

Dottor Carlo **BRUSATI**

P.O. Genova Ponente

Al Responsabile S.S.D.

Assistenza Sanitaria di base

Specialistica Metropolitana e Farmaceutica

Dottoressa Clara **CORDANO**

Ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari

Ponente n. 08

Dottor Filippo **PARODI**

Medio Ponente n. 09

Dottoressa Loredana **MINETTI**

Val Polcevera e Valle Scrivia n. 10

Dottoressa M. Romana **DELLEPIANE**

Centro n. 11

Dottoressa Viviana **MAURO**

Val Bisagno e Val Trebbia n. 12

Dottor Mario **FISCI**

Levante n. 13

Dottor Marco **MACCHI**

Al Direttore Socio Sanitario

Dottor Lorenzo **SAMPIETRO**

Al Direttore

S.C. Farmacia Ospedaliera

Dott.ssa Simonetta **NOBILE**

Loro Sedi

*E p.c.***Oggetto: NEOTIGASON® e ZORIAS® - Modifica del regime di fornitura, delle modalità di prescrizione, dispensazione e distribuzione e degli stampati.**

In G.U. n. 243 del 16/10/2019 sono state autorizzate le variazioni di cui all'oggetto.

La prima prescrizione deve essere effettuata da parte dello specialista dermatologo attraverso la redazione di un piano terapeutico della validità di sei mesi. Le prescrizioni successive possono essere effettuate anche da parte del medico di medicina generale.

Al momento della prescrizione del medicinale il **medico specialista dermatologo** e successivamente il **medico di medicina generale** devono compilare la «check list» che si allega alla presente.

La quantità di medicinale prescritta con ogni ricetta non deve eccedere i trenta giorni di terapia e la prosecuzione della terapia necessita di una nuova prescrizione.

Il medicinale deve essere dispensato dal **farmacista** alla paziente entro un massimo di sette giorni dalla data di esito negativo del test di gravidanza da effettuarsi sotto controllo medico. La data di certificazione di non gravidanza deve essere riportata sulla prescrizione. Superati i sette giorni dalla data di certificazione di non gravidanza, la ricetta non è più spedibile.

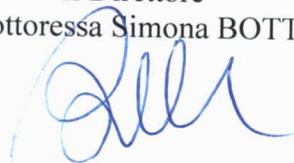
Il farmacista, al momento della dispensazione del medicinale, deve verificare che la prescrizione riporti le informazioni richieste, ovvero la data di certificazione di non gravidanza e che il numero di confezioni rispetto alla posologia prescritta non ecceda i trenta giorni di terapia. Nel caso in cui la ricetta non riporti tali informazioni o ecceda tale limite il farmacista dovrà chiedere chiarimenti al medico prescrittore.

Quanto sopra ai fini degli adempimenti di competenza, con particolare attenzione alla divulgazione a tutti i Medici Prescrittori.

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

Cordiali saluti.

Il Direttore
(Dottoressa Simona BOTTINO)



Allegati 1

Farmaceutica Convenzionata
Responsabile del Procedimento
Dottoressa Simona Borgna
Tel 010/8497158 – fax 010/8497142
E-mail: simona.borgna@asl3.liguria.it

MODULO CHECK LIST PER PRESCRIZIONE DI ACITRETINA AD USO SISTEMICO

Caro/a Collega,

La informo che intendo trattare la paziente con acitretina ad uso sistemico per il trattamento di forme refrattarie di psoriasi estese e gravi, psoriasi pustolosa delle mani e dei piedi, grave ittiosi vulgaris congenita e dermatite ittiosiforme, lichen ruber planus della pelle e delle membrane mucose, altre forme gravi e refrattarie di dermatite caratterizzate da discheratosi e/o ipercheratosi.

Ho informato la paziente del rischio teratogeno correlato all'uso dell'acitretina.

Ho consegnato alla paziente la scheda promemoria per la/il paziente

Allego il consenso per la prescrizione della paziente

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____
(un mese prima dell'inizio del trattamento con acitretina)

Nome e cognome del dermatologo

Indirizzo _____ Tel. _____

Paziente (nome e cognome) _____

Età _____ tessera sanitaria n° _____

Indirizzo _____ Tel. _____

DOSE E DURATA DEL TRATTAMENTO

Dose/die: _____

Durata prevista del trattamento: _____

Durata massima del trattamento 3 mesi.

Indicare se:

Prima prescrizione

Prosecuzione della cura (motivo: _____)

Data ____/____/____

Timbro e firma del dermatologo prescrittore

PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE o PER IL DERMATOLOGO

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

(immediatamente prima dell'inizio del trattamento con acitretina)

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

Data effettuazione test di gravidanza: _____ esito: _____ firma: _____

(da 1 a 3 mesi per 3 anni dopo la fine del trattamento con acitretina)

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore