



**PIANO TERAPEUTICO  
PER LA PRESCRIZIONE\*, A CARICO DEL SSN/SSR, AI SENSI DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1996, n. 648, DI  
FARMACI IMPIEGATI NEL PROCESSO DI VIRILIZZAZIONE DI TRANSGENDER**

Azienda Sanitaria/Ospedaliera \_\_\_\_\_  
Centro prescrittore \_\_\_\_\_  
Medico prescrittore (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Soggetto (iniziali) \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
Regione \_\_\_\_\_  
Azienda ULSS di residenza \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_

\*La prescrizione a carico del SSN/SSR dei medicinali testosterone, testosterone undecanoato, testosterone entantato ed esteri del testosterone, ai sensi della L. 648/96, per il processo di virilizzazione di uomini transgender, può essere effettuata unicamente da parte dello specialista endocrinologo operante presso le UO individuate dalla Regione, previa diagnosi confermata da una equipe multidisciplinare e specialistica.

**Equipe multidisciplinare e specialistica - paziente minorenn**

Equipe multidisciplinare e specialistica composta da specialista in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, endocrinologia pediatrica, psicologia dell'età evolutiva e bioetica, istituita a livello aziendale con Delibera del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**Equipe multidisciplinare e specialistica - paziente maggiorenne**

Equipe multidisciplinare e specialistica composta da specialista in endocrinologia e psichiatria/psicologia, istituita a livello aziendale con Delibera del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**Indicazione:**

Processo di virilizzazione di uomini transgender, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere formulata da una equipe multidisciplinare e specialistica dedicata.

**Prescrizione**

Farmaco prescritto (principio attivo)	Dose (mg)	Frequenza (gg o settimane)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
Testosterone undecanoato .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testosterone entantato .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esteri del testosterone .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testosterone gel transdermico .....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Posologia:**

- testosterone undecanoato: 1000 mg i.m. ogni 12-16 settimane, previo carico dopo 6 settimane;
- testosterone undecanoato: 120 – 160 mg/die per os;
- testosterone entantato: 250 mg i.m. ogni 21-28 gg;
- esteri del testosterone: 250 mg i.m. ogni 21-28 gg;
- testosterone gel transdermico: da 20 a 80 mg/die, su cute integra e ben idratata.

**Si rimanda ai singoli RCP per ulteriori informazioni circa l'uso corretto dei medicinali**

**Validità del piano terapeutico** (mesi) \_\_\_\_\_

**NOTA BENE:** Nei primi 6 mesi di presa in carico, la rivalutazione dovrà essere effettuata ogni 3 mesi per l'aggiustamento della terapia, successivamente dovrà essere effettuata ogni 6 mesi. Nei pazienti maggiorenni (alla data della compilazione del presente PT) in trattamento ormonale da almeno 2 anni, la scheda di prescrizione potrà avere una validità massima di 12 mesi dalla data di compilazione.

Se minore, è necessario acquisire il consenso al trattamento di entrambi i genitori o da altri tutori secondo le normative inerenti i soggetti minorenni (art. 3 della legge n. 219/2017).

Data

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_