



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

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 femminilizzazione di donne transgender, previa diagnosi di disforia di genere/incongruenza di genere formulata da una equipe multidisciplinare e specialistica dedicata.

Prescrizione di estradiolo, estradiolo emiidrato, estradiolo valerato

Farmaco prescritto (principio attivo)	Dose (mg)	Frequenza (gg o settimane)	Prima prescrizione	Proseguimento della cura
Estradiolo valerato			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estradiolo emiidrato gel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estradiolo gel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estradiolo spray			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estradiolo cerotti			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Posologia:

- estradiolo valerato: 2-6 mg die per os.;
- estradiolo emiidrato sotto forma di gel: 0.5 - 4 mg die su cute integra;
- estradiolo sotto forma di gel: 3 - 4.5 mg die su cute integra;
- estradiolo spray: 1 - 6 nebulizzazioni die (ciascuna nebulizzazione è pari a 1.53 mg di estradiolo) su cute integra;
- estradiolo cerotti: 0.025 - 0.2 mg die.

Prescrizione ciproterone acetato

Farmaco prescritto (principio attivo)	Dose (mg)	Frequenza (gg o settimane)	Prima prescrizione	Proseguimento della cura
Ciproterone acetato			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Posologia: 25-50 mg di ciproterone acetato die per os.

Prescrizione spironolattone

Farmaco prescritto (principio attivo)	Dose (mg)	Frequenza (gg o settimane)	Prima prescrizione	Proseguimento della cura
Spironolattone			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Posologia: 100-300 mg di spironolattone die per os.

Prescrizione leuprorelide acetato e triptorelina

Farmaco prescritto (principio attivo)	Dose (mg)	Frequenza (gg o settimane)	Prima prescrizione	Proseguimento della cura
Leuprolide acetato			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Triptorelina			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--	--	--------------------------	--------------------------

Posologia: 3,75 mg s.c. ogni ventotto giorni di leuprolide o triptorelina, previo carico dopo quindici giorni; o 11,25 mg di leuprolide o triptorelina s.c. ogni tre mesi.

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
