

**PIANO TERAPEUTICO
PER LA PRESCRIZIONE CARICO DEL SSN/SSR DI FARMACI DELLA NOTA AIFA 74**

Azienda Sanitaria _____

Centro prescrittore _____

☐ Pubblico☐ Privato convenzionato/accreditato☐ Privato autorizzato dalla Regione

Medico prescrittore (nome e cognome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ Codice fiscale _____

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____

Azienda ULSS di residenza _____ Prov _____

Medico di Medicina Generale _____

Diagnosi

- **trattamento dell'infertilità femminile** in donne fino al compimento di 46 anni di età con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mUI/ml;
- **trattamento dell'infertilità femminile** in donne dai 46 anni compiuti fino al compimento di 50 anni di età con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mUI/ml – **indicazione extra LEA a carico SSR**;
- **trattamento dell'infertilità maschile** in maschi con ipogonadismo-ipogonadotropo con livelli di gonadotropine bassi o normali e comunque con FSH non superiore a 8 mUI/ml;
- **preservazione della fertilità femminile**: in donne fino al compimento di 46 anni di età affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente.

Trattamento dell'infertilità femminile fino al compimento dei 50 anni di età

- ☐ trattamento dell'infertilità (induzione ovulazione)
- ☐ PMA omologa* (IUI/FIVET)
- ☐ PMA eterologa* (IUI/FIVET)

Trattamento dell'infertilità maschile

- ☐ trattamento dell'infertilità
- ☐ PMA omologa (IUI/FIVET)
- ☐ PMA eterologa (IUI/FIVET)

*Per le pazienti residenti nella Regione Veneto che effettuano la PMA omologa o eterologa, i farmaci della Nota AIFA 74 sono prescrivibili fino al compimento dei 50 anni, con il rispetto delle seguenti limitazioni:

Numero di cicli I livello (max 4 cicli) Ciclo n. _____ (ai sensi della DGR n.822 del 14.6.2011)

II livello omologa (max 6 cicli) Ciclo n. _____ (ai sensi della DGR n.904 del 28.6.2019)

II livello eterologa (max 6 cicli) Ciclo n. _____ (ai sensi della DGR n.904 del 28.6.2019)

Un ciclo di inseminazione (I livello) si considera avvenuto se c'è stato il trasferimento in utero degli spermatozoi; un ciclo FIVET/ICSI (II livello) si considera avvenuto se è arrivato al prelievo ovocitario. Al contrario, se per un qualsiasi motivo il trattamento dovesse interrompersi prima, il ciclo non viene considerato.

Prescrizione: Prodotto: _____	Posologia _____
Prodotto: _____	Posologia _____
Prodotto: _____	Posologia _____
Durata prevista del trattamento _____	☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della cura

Si ricorda che nelle pazienti residenti nella Regione Veneto che soddisfino i criteri della nota AIFA 74 ma con età ricompresa tra 46 e 50 anni, all'atto della prescrizione il Medico di Medicina Generale dovrà riportare in ricetta SSN cartacea rossa (non dematerializzata) la dicitura "Classe A", trattandosi di extra-LEA a carico del SSR.

La paziente dichiara sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni previste dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, nel caso in cui sia già stata sottoposta a cicli di PMA omologa presso altre strutture, pubbliche e accreditate, venete o italiane con oneri a carico del SSN, di non avere esaurito i cicli a disposizione previsti dalla DGR n. 822/2011 e dalla DGR n.904/2019.

Medico prescrittore

Firma dell'assistita

Data _____