

Prot. n° 102400

Frosinone 12/11/2019

Ai Direttori Sanitari Poli A B C D
Ai Direttori Distretti A B C D
e per loro tramite ai MMG di afferenza
Al Responsabile UOS Farmacia Clinica e Ospedaliera
Al Responsabile UOS Farmacia Territoriale e Logistica
Alle Farmacie convenzionate e aperte al pubblico
della Provincia di Frosinone
e p. c. Al Direttore Sanitario Azienda

LORO SEDI

Oggetto: Nota AIFA 96 – Scheda Regionale per la Prescrizione di Colecalciferolo o Calcifediolo per la Prevenzione e il Trattamento della Carenza di Vitamina D nell'Adulto

In riferimento e seguito a pregressa corrispondenza (note n. 98199 del 29.10.2019 e n. 100320 del 05.11.2019), si comunica che la Regione Lazio, con nota n. 896516 del 07.11.2019, confermando quanto stabilito con DCA 285/2018 e 324/2019, ha predisposto la "Scheda Regionale per la Prescrizione di Colecalciferolo o Calcifediolo per la Prevenzione e il Trattamento della Carenza di Vitamina D nell'Adulto (ai sensi della Nota AIFA 96)" (stesura rettificata reperibile sul portale aziendale nella sezione UOC Farmacia o sul sito www.asl.fr.it nella sezione Assistenza farmaceutica). Tale Scheda di Prescrizione dovrà essere compilata qualora la prima prescrizione venga effettuata da uno Specialista di struttura pubblica o privata accreditata, a seguito di dimissioni o di prestazione ambulatoriale, al fine di permettere le successive prescrizioni da parte dei MMG.


Si precisa, altresì, che qualora il programma informatico del singolo medico non permettesse la redazione della ricetta dematerializzata con Nota AIFA 96, lo stesso avrà facoltà di effettuare la prescrizione mediante il ricettario SSR cartaceo secondo i parametri stabiliti dalla stessa nota.

Si invitano le SS.LL. a voler capillarmente diffondere la presente nota a tutti i Sanitari di rispettiva afferenza.

Cordiali saluti.

Il Direttore U.O.C. Farmacia
Dott. Fulvio Ferrante

Allegati: 1

L'estensore: Dr.ssa  Alessandra Iadecola



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
**Colecalciferolo o Calcifediolo per la Prevenzione e il
 Trattamento della Carenza di Vitamina D**
nell'Adulto (ai sensi della Nota AIFA 96)

Paziente: _____ Codice Fiscale: _____

Età _____ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____ MMG _____

Indipendentemente dalla determinazione della 25(OH) D nei seguenti scenari clinici:

- Gravidanza o allattamento
- Pazienti istituzionalizzati
- Pazienti affetti da osteoporosi da qualsiasi causa o osteopatie accertate non candidate a terapia remineralizzante (vedi nota 79)

Previa determinazione della 25(OH) D nei seguenti scenari clinici (≤ 20 ng/ml):

- Pazienti con sintomi attribuibili a ipovitaminosi (astenia, mialgie, dolori diffusi o localizzati, frequenti cadute immotivate)
- Pazienti con diagnosi di iperparatiroidismo secondario a ipovitaminosi D
- Pazienti con una terapia di lunga durata con farmaci interferenti con il metabolismo della vitamina D
- Pazienti con malattie che possono causare malassorbimento
- Pazienti affette da osteoporosi di qualsiasi causa o osteopatie accertate candidate a terapia remineralizzante per le quali la correzione dell'ipovitaminosi dovrebbe essere propedeutica all'inizio della terapia *

* Le terapie remineralizzanti dovrebbero essere iniziate dopo la correzione della ipovitaminosi D.

Indagine di laboratorio livello 25(OH) D (≤ 20 ng/ml) valore: _____ data: _____

PIANO TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA

Durata prevista del trattamento¹ _____

- Primo ciclo di terapia Prosecuzione terapia

Medico Prescrittore Dr / Prof _____

Tel. _____ Data _____

Firma e timbro del medico prescrittore²

Timbro del Centro Prescrittore

1. Validità massima 12 mesi

2. I dati identificativi del Medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni