

REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE  
MODELLO DI PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DEI MEDICINALI SOGGETTI  
A NOTA AIFA 95

Azienda Sanitaria/ \_\_\_\_\_  
Unità Operativa \_\_\_\_\_  
Nome e Cognome dell'assistito \_\_\_\_\_ Sesso M    
Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
ASP di residenza \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

La prescrizione è a carico del SSR per la cheratosi attinica limitata ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero  $\geq 6$ .

localizzazioni al viso e/o al cuoio capelluto  
 diclofenac 3% in ialuronato di sodio<sup>1</sup>  imiquimod 3.75%  5-fluorouracile/acido salicilico<sup>2</sup>

localizzazioni al tronco e/o alle estremità  
 diclofenac 3% in ialuronato di sodio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> non devono essere applicati più di 8 grammi al giorno  
<sup>2</sup> esclusivamente per lesioni di grado I/II localizzate al viso e/o cuoio capelluto calvo

Specialità medicinale prescritta \_\_\_\_\_  
Posologia \_\_\_\_\_  
Numero confezioni totali per Piano Terapeutico \_\_\_\_\_  
Annotazioni \_\_\_\_\_  
Data successivo controllo \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma in originale del Medico prescrittore  
Durata \_\_\_\_\_

Il Piano Terapeutico, ai fini della prescrizione a carico del SSN, deve essere redatto dagli specialisti dermatologi dotati di ricettario SSN o che possono prescrivere tramite ricetta dematerializzata