PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER PRESCRIZIONE SSN DI INTERFERONI (ex Nota 32)

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____
Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐
Codice fiscale _____
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____
ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di interferoni, originatori e biosimilatori, è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

Epatite cronica B:

☐ **Epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con ipertransaminasemia**

Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa-2a peghilato; Interferone alfa naturale leucocitario*

☐ **Epatite cronica B-delta (monoterapia)**

Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*

* nota: Interferone alfa naturale leucocitario è previsto solo in caso di intolleranza agli interferoni ricombinanti (presenza di documentata intolleranza soggettiva o neutropenia o piastrinopenia con conta dei neutrofili persistentemente inferiori a 750/mmc e/o piastrine persistentemente inferiori a 50.000/mmc, che compaiano in corso di terapia con altri interferoni, e che ne impediscano la prosecuzione in presenza di risposta terapeutica)

Epatite C:

☐ **in combinazione con ribavirina o in monoterapia, se esistono controindicazioni alla ribavirina: trattamento dell'epatite cronica C in pazienti adulti con ipertransaminasemia e positività per HCV-RNA, inclusi pazienti con malattia epatica avanzata (cirrosi epatica compensata – Child A) e/o con coinfezione da HIV, mai trattati in precedenza con interferoni o in recidiva dopo precedente trattamento con interferoni**

Principi attivi: Interferone alfa-2a peghilato; Interferone alfa-2b peghilato; Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante

Nota: vi sono evidenze in letteratura di maggiore efficacia degli Interferoni peghilati rispetto agli interferoni ricombinanti

☐ **in combinazione con ribavirina o in monoterapia se esistono controindicazioni alla ribavirina: trattamento dell'epatite cronica C, senza ipertransaminasemia, in soggetti senza scompenso epatico, positivi per HCV-RNA sierico, mai trattati in precedenza con interferoni o in recidiva dopo precedente trattamento con interferoni**

Principio attivo: Interferone alfa-2a peghilato

☐ **in combinazione con ribavirina o in monoterapia, se esistono controindicazioni alla ribavirina: trattamento dell'epatite cronica C in pazienti che hanno fallito un precedente trattamento di combinazione con interferone alfa (peghilato o non peghilato) e ribavirina o la monoterapia con interferone alfa**

Principio attivo: Interferone alfa-2a peghilato; Interferone alfa-2b peghilato

☐ **in combinazione con ribavirina o in monoterapia, se esistono controindicazioni alla ribavirina: trattamento di pazienti con malattia epatica avanzata (cirrosi epatica compensata - Child A) e/o con coinfezione da HIV che hanno fallito un precedente trattamento di combinazione con interferone alfa (peghilato o non peghilato) e ribavirina o la monoterapia con interferone alfa, il trattamento deve essere limitato a 12 settimane in caso di mancata risposta virologica comleta.**

Principio attivo: Interferone alfa2-b peghilato.

☐ **in combinazione con ribavirina o in monoterapia, se esistono controindicazioni alla ribavirina: trattamento dell'epatite cronica C in pazienti adulti con ipertransaminasemia e positività per HCV-RNA; da riservare a pazienti con problemi di intolleranza agli interferoni** (presenza di documentata intolleranza soggettiva o neutropenia o piastrinopenia con conta dei neutrofili persistentemente inferiori a 750/mmc e/o piastrine persistentemente inferiori a 50.000/mmc, che compaiano in corso di terapia con altri interferoni, e che ne impediscano la prosecuzione in presenza di risposta terapeutica) **Non utilizzare nei pazienti non responders a precedenti cicli di trattamento con interferoni**

Principio attivo: Interferone alfa naturale leucocitario

Altre patologie:

☐ **leucemia a cellule capellute**

Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*

☐ **leucemia mieloide cronica**
Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*

☐ **sarcoma di Kaposi correlato all'AIDS o ad altre condizioni cliniche di immunodepressione**
Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*

☐ **linfoma non Hodgkin follicolare**
Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*

☐ **melanoma maligno**
Principi attivi: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale a leucocitario*

☐ **carcinoma renale avanzato**
Principio attivo: Interferone alfa-2a ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*

☐ **linfoma cutaneo a cellule T**
Principio attivo: Interferone alfa-2a ricombinante

☐ **mieloma multiplo**
Principio attivo: Interferone alfa-2b ricombinante; Interferone alfa naturale leucocitario*

☐ **tumore carcinoide**
Principio attivo: Interferone alfa-2b ricombinante

☐ **micosi fungoide**
Principio attivo: Interferone alfa naturale leucocitario

*nota: da impiegare in caso di intolleranza agli interferoni ricombinanti (in presenza di documentata intolleranza soggettiva o neutropenia o piastrinopenia con conta dei neutrofili persistentemente inferiori a 750/mmc e/o piastrine persistentemente inferiori a 50.000/mmc, che compaiano in corso di terapia con altri interferoni, e che ne impediscano la prosecuzione in presenza di risposta terapeutica

Farmaco prescritto:

☐ Interferone alfa 2a ricombinante

☐ Interferone alfa 2b ricombinante

☐ Interferone alfa 2a peghilato

☐ Interferone alfa 2b peghilato

☐ Interferone alfa naturale leucocitario

Dose/die: _____

Durata prevista del trattamento: _____

☐ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione della cura

Data _____

Timbro e firma del clinico prescrittore