



Scheda regionale per la Prescrizione Farmaci

Allegato 5
DCA 133/2023

Nota AIFA 74

Anagrafica paziente

Nome _____	Cognome _____
CODICE FISCALE □□□□□□□□□□□□□□□□ sesso M □ F □	
Residente a _____	in Via _____
Medico Medicina Generale del paziente _____	
ASP di Residenza _____	

Indicazioni Terapeutiche

<input type="checkbox"/> Trattamento dell'infertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni con valori di FSH, al 3° giorno del ciclo, non superiori a 30 mUI/ml;
<input type="checkbox"/> 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;
<input type="checkbox"/> Preservazione della fertilità femminile: in donne di età non superiore ai 45 anni affette da patologie neoplastiche che debbano sottoporsi a terapie oncologiche in grado di causare sterilità transitoria o permanente.
Formulata in data _____

FARMACO PRESCRITTO	POSOLOGIA	FARMACO EROGATO E QUANTITA'
<input type="checkbox"/> Urofollitropina		
<input type="checkbox"/> Menotropina		
<input type="checkbox"/> Follitropina alfa		
<input type="checkbox"/> Follitropina alfa biosimilare		
<input type="checkbox"/> Follitropina beta		
<input type="checkbox"/> Follitropina delta		
<input type="checkbox"/> Lutropina alfa*		
<input type="checkbox"/> Coriogonadotropina alfa		
<input type="checkbox"/> Corifollitropina alfa		
<input type="checkbox"/> Follitropina alfa + Lutropina alfa*		

*farmaco prescrivibile nell'ambito della Nota 74 solo per il trattamento dell'infertilità femminile o maschile

N° del ciclo _____	Data prossima visita/monitoraggio _____
Dosaggio superiore a quello consigliato dalla nota AIFA 74* SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Medico e Centro Prescrittore _____	Firma e Timbro del medico Prescrittore _____
Data _____	

* Particolari avvertenze contenute nel testo della nota AIFA 74:

- **Nella donna:** sulla base dei dati di letteratura ed al fine di evitare l'iperstimolazione ovarica, viene suggerito di non superare il dosaggio massimo complessivo di 12.600 UI/paziente diviso in due o più cicli non superando comunque il dosaggio massimo di 6.300 UI/ciclo.
- **Nell'uomo:** si suggerisce di non superare il dosaggio massimo, per singola prescrizione, di 150 UI di FSH 3 volte alla settimana per 4 mesi.

La presente scheda va redatta in 4 copie di cui: una rimane al Prescrittore, due destinate al paziente ed una deve essere inoltrata, a cura del Centro prescrittore, al Servizio Farmaceutico Territoriale dell'ASP di Residenza del paziente.