



REGIONE CALABRIA

AZIENDA OSPEDALIERA/OSPEDALE/ASP

PIANO TERAPEUTICO PRESCRIZIONE NOTA 95

STRUTTURA.....UO/Ambulatorio.....Medico Prescrittore.....

PAZIENTEC.F/T.S.....

Residente a.....Via.....

Medico Medicina Generale del paziente.....

Indicazione terapeutica: cheratosi attinica ai pazienti adulti immunocompetenti con lesioni multiple in numero ≥ 6 .

Per localizzazioni al viso e/o cuoio capelluto:	Dose prescritta:	Posologia:
<input type="checkbox"/> Diclofenac 3% in ialuronato di sodio [#]	_____	_____
<input type="checkbox"/> Imiquimod 3,75%	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fluorouracile + Acido salicilico ^o	_____	_____

Per localizzazioni al tronco e/o alle estremità:	Dose prescritta:	Posologia:
<input type="checkbox"/> Diclofenac 3% in ialuronato di sodio [#]	_____	_____

[#]non devono essere applicati più di 8 g al giorno

^o esclusivamente per lesioni di grado I/II localizzate al viso e/o cuoio capelluto calvo

* ogni singolo trattamento può interessare al massimo 2 superfici non contigue ognuna di dimensioni fino a 25 cm

Si ricorda che le indicazioni autorizzate in scheda tecnica sono:

- cheratosi attinica: Diclofenac 3% in ialuronato di sodio
- cheratosi attinica non ipercheratosica non ipertrofica: Imiquimod 3,75%
- cheratosi attinica, non ipercheratosica, non ipertrofica, negli adulti: Ingenolo mebutato
- cheratosi attiniche ipercheratosiche leggermente rilevabili al tatto e/o moderatamente spesse (grado I/II) in pazienti adulti immunocompetenti: Fluorouracile + Acido salicilico

Durata del trattamento _____

Data rilascio _____

**Timbro e firma
Medico prescrittore**