AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DI RECIGAR (CITISINA) PER LA CESSAZIONE DELL'ABITUDINE AL FUMO NEI PAZIENTI ADULTI.

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità da parte dei CENTRI ANTIFUMO individuati dalle Regioni e da consegnare al paziente in formato cartaceo. Piano terapeutico non rinnovabile).

Centro prescrittore_____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____

Data di nascita_____ sesso M ☐ F ☐

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tel._____

ASL di residenza_____Regione _____ Prov._____

Medico di Medicina Generale_____recapito Tel. _____

Indicazione autorizzata
Cessazione dell'abitudine al fumo e riduzione del desiderio di nicotina nei fumatori che vogliono smettere di fumare.

L'uso del medicinale Recigar consente di ridurre gradualmente la dipendenza dalla nicotina e disabituare dal fumo di tabacco senza sintomi di astinenza da nicotina (ad es. umore depresso, irritabilità, ansia, difficoltà di concentrazione, insonnia, aumento dell'appetito). Lo scopo del trattamento con Recigar è la cessazione permanente dell'uso di prodotti contenenti nicotina.

Indicazione rimborsata SSN
Cessazione dell'abitudine al fumo nei pazienti adulti

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità:

□ Il paziente ha un'età superiore a 18 anni

□ Il paziente vuole smettere di fumare ed ha ricevuto adeguato *counselling*

□ Il paziente non ha ricevuto precedenti cicli di trattamento con Recigar in regime di rimborsabilità

NB. La prescrizione va effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP)

Validità del Piano terapeutico:
Il piano terapeutico è valido per un solo ciclo di trattamento della durata di 25 giorni e non è rinnovabile.
La prescrivibilità a carico del SSN è limitata ad un ciclo di trattamento (1 confezione).

Data_____

Timbro e firma del medico prescrittore

_____

Agenzia Italiana del Farmaco Via del Tritone, 181 - 00187 Roma (+39) 06.59.78.401 www.aifa.gov.it