



**Piano Terapeutico per la prescrizione di medicinali a base di vareniclina tartrato per il trattamento della cessazione dell'abitudine al fumo nei pazienti adulti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e in prevenzione secondaria di patologie cardiovascolari.**

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità da parte dei CENTRI ANTIFUMO individuati dalle Regioni e da consegnare al paziente in formato cartaceo. Piano terapeutico rinnovabile dopo 12 settimane).

|                                                              |                                                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Azienda Sanitaria: _____                                     |                                                              |
| Unità Operativa: _____                                       |                                                              |
| Nome e cognome del medico prescrittore: _____                |                                                              |
| Recapito telefonico: _____                                   |                                                              |
| Paziente (nome, cognome): _____                              |                                                              |
| Data di nascita: ____/____/____                              | Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Codice Fiscale: _____                                        |                                                              |
| Indirizzo: _____                                             |                                                              |
| Recapiti telefonici: _____                                   |                                                              |
| ASL di Residenza: _____                                      |                                                              |
| Medico di Medicina Generale: _____                           |                                                              |
| Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione): _____ |                                                              |

La prescrizione di vareniclina tartrato è soggetta a diagnosi e piano terapeutico rinnovabile dopo 12 settimane su indicazione dei CENTRI ANTIFUMO.

La rimborsabilità a carico del S.S.N. è limitata ai pazienti adulti affetti da BPCO o in prevenzione secondaria di patologie cardiovascolari, in regime di dispensazione A/RR - PHT, da parte dei CENTRI ANTIFUMO individuati dalle Regioni, qualora sia soddisfatta almeno una delle condizioni di cui ai punti 1 e 2:

- 1 ☐ Paziente fumatore con diagnosi di BPCO secondo le linee guida GOLD ultima versione (Anno 2017).
- 2 ☐ Paziente fumatore con pregressi eventi cardiovascolari (utilizzo in prevenzione secondaria).

In caso di prosecuzione della terapia,

|                                                         |               |
|---------------------------------------------------------|---------------|
| Prima prescrizione starter KIT <input type="checkbox"/> |               |
| Prima prescrizione <input type="checkbox"/>             |               |
| Prosecuzione terapia <input type="checkbox"/>           |               |
|                                                         | Posologia     |
| Vareniclina Tartrato<br>(Starter KIT)                   | 0.5 mg + 1 mg |
| Vareniclina Tartrato                                    | 1 mg          |

Data valutazione: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_