



PIANO TERAPEUTICO (PT) AIFA
Per la prescrizione della specialità medicinale **VEREGEN**
(valido per sei settimane)

Centro prescrittore: _____	
Medico proscrittore* (cognome, nome): _____	
Tel. _____	E-mail _____

Paziente (nome, cognome): _____	
Data di nascita: ___/___/___	Sesso: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale o Tessera Sanitaria dell'Assistito: _____	
Residenza: _____	
ASL di Residenza: _____	Provincia: _____ Regione: _____
Medico curante: _____	

Indicazione Terapeutica: Trattamento cutaneo dei condilomi peri-anali e dei genitali esterni (*condyloma acuminata*) in pazienti immunocompetenti a partire dall'età di 18 anni.

Diagnosi:	Condilomi peri-anali e dei genitali esterni (<i>condyloma acuminata</i>)
Formulata in data:	___/___/___
Dal centro di Riferimento:	_____

<i>Posologia</i>	Fino a 250 mg di Veregen unguento come dose singola massima, corrispondente a circa 0,5 cm di strato di unguento da applicare tre volte al giorno su tutti i condilomi dei genitali esterni e perianali (750 mg dose giornaliera totale).
<i>Durata di utilizzo</i>	Il trattamento con Veregen deve continuare fino alla scomparsa completa di tutte le verruche, comunque, non più di 16 settimane in totale (durata massima), anche se nuove verruche si sviluppano durante il periodo di trattamento.

Specificare se:

- Inizio terapia
 Prosecuzione cura; in tal caso riportare la data di inizio del trattamento: ___/___/___

* La prescrivibilità è riservata allo specialista dermatologo.

DATA _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

18A03377

