



Regione Abruzzo

MODULO REGIONALE RICHIESTA MOTIVATA PER PRESCRIZIONE DI "fentanyl spray nasale con pectina" ⁽¹⁾

Centro prescrittore: _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome, cognome) _____
Data di nascita _____ sesso M F
Codice fiscale _____
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____
ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

La prescrizione di fentanyl spray nasale con pectina è a carico del SSR solo se prescritta per le indicazioni *"trattamento del Dolore Episodico Intenso (DEI - Breakthrough Pain) negli adulti già sottoposti a terapia di mantenimento con oppioidi per il dolore oncologico cronico. Il dolore episodico intenso è un'esacerbazione transitoria del dolore che si aggiunge a un dolore di base persistente altrimenti controllato"* esclusivamente nelle seguenti condizioni:

- Pazienti con xerostomia, nausea e vomito o mucosite orale come alternativa alle preparazioni di fentanil buccali o sublinguali

Paziente con:
- xerostomia SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- nausea e vomito SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
- mucosite orale SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Farmaco prescritto:
- Pecfent spray nasale: <input type="checkbox"/> 1fl 100 mcg/erogazione <input type="checkbox"/> 1fl 400 mcg/erogazione
<input type="checkbox"/> 4fl 100 mcg/erogazione <input type="checkbox"/> 4fl 400 mcg/erogazione
Dose e durata del trattamento⁽²⁾:
N. Dosi/die: _____
Indicare se:
<input type="checkbox"/> Dose iniziale <input type="checkbox"/> Terapia di mantenimento

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico del Centro
Prescrittore

(1) Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL di residenza ed al medico curante che ha in carico l'assistito.

(2) Prescrivibilità: Stupefacente Tab II D legge 49/2006. Utilizzabile nella terapia del dolore (L12/2001 e succ.)