



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi
GR/39/21

Prot.

GR 39/21

Roma,

Ai Direttori generali e
Commissari straordinari di:

- Aziende USL
- Aziende Ospedaliere
- Policlinici Universitari
- IRCCS
- Ospedali classificati

e, p.c., al Direttore generale dell'AIFA

Oggetto: farmaco **Capsaicina (QUTENZA®)** – dolore neuropatico periferico

Con Determina AIFA n. 892 del 29.05.2019, pubblicata su Gazzetta Ufficiale n. 140 del 17.06.2019, è stata autorizzata l'erogazione a carico del SSN del medicinale Qutenza per la seguente nuova indicazione terapeutica:

- trattamento del dolore neuropatico periferico negli adulti da solo o in associazione ad altri medicinali per il trattamento del dolore.

Alla specialità, classificata in fascia di rimborsabilità H-OSP, si applica la scheda di prescrizione ospedaliera allegata.

Sono autorizzati alla prescrizione del Qutenza gli specialisti ospedalieri neurologi, anestesisti e terapisti del dolore operanti presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate con il SSN.

La somministrazione del farmaco è a carico del Centro prescrittore esclusivamente se utilizzato in ambito ambulatoriale ospedaliero. Il farmaco Qutenza è inserito in File F a far data dal 01.08.2019.

Il Dirigente

Lorella Lombardozzi

Il DIRETTORE
Renato Botti

A.T. 26/07/2019

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00147 ROMA
tel. 06/5168.4473-5323 fax 06/5168.5450
e-mail: atiberio@regione.lazio.it
posta certificata: politicadelfarmaco@regione.lazio.legalmail.it

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA PER QUTENZA

Data della prima visita ____/____/____

Centro Ospedaliero: _____

Nome e Cognome del medico prescrittore: _____

Nome e Cognome del paziente: _____

Sesso M F Data di nascita ____/____/____ AUSL di appartenenza: _____

Indicazione del medicinale

Trattamento del dolore neuropatico periferico negli adulti da solo o in associazione ad altri medicinali per il trattamento del dolore.

Trattamenti concomitanti

Analgesici oppiacei: _____

Antiepilettici: _____

Inibitori non selettivi della ricaptazione delle monoamine: _____

Inibitori del reuptake della serotonina e della noradrenalina (SNRI): _____

Altro: _____

Prima prescrizione e stato clinico al basale

Numero di cerotti utilizzati in data odierna¹: _____

¹ Il SSN rimborsa sino all'utilizzo di 4 cerotti annui per paziente. Il costo per l'ulteriore utilizzo dei cerotti è a carico dell'Azienda.

Indicare se: Paziente diabetico Paziente non diabetico
 Prima prescrizione Prosecuzione della cura

Scala numerica di valutazione del dolore (Numeric Pain Rating Scale, NPRS) alla data odierna:

Dolore: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun dolore

*Il peggior dolore
Possibile*

Eventi avversi nel corso del trattamento? SI NO

Specificare EA: _____

Esito: Risoluzione completa ADR Risoluzione con postumi Reazione invariata o

Peggiorata Decesso Non disponibile Interruzione del trattamento²

Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ____/____/____

Valutazioni al follow-up

	Valutazione dello stato della malattia	Valutazione del profilo di sicurezza
Data 2 ^a somm.ne: ____/____/____ 	Dopo la 1 ^a somministrazione del ____/____/____ <input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato Punteggio NPRS odierno: _____	Eventi avversi nel periodo intercorso dalla precedente applicazione? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Specificare EA: _____ _____ _____ <u>Esito</u> <input type="checkbox"/> Risoluzione completa ADR <input type="checkbox"/> Risoluzione con postumi <input type="checkbox"/> Miglioramento <input type="checkbox"/> Reazione invariata o peggiorata <input type="checkbox"/> Decesso

		<input type="checkbox"/> Non disponibile <input type="checkbox"/> Interruzione del trattamento ² Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ____/____/____
Data 3 ^a somm.ne: ____/____/____	Dopo la 2 ^a somministrazione del ____/____/____ <input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato Punteggio NPRS odierno: _____	Eventi avversi nel periodo intercorso dalla precedente applicazione? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Specificare EA: _____ _____ _____ <u>Esito</u> <input type="checkbox"/> Risoluzione completa ADR <input type="checkbox"/> Risoluzione con postumi <input type="checkbox"/> Miglioramento <input type="checkbox"/> Reazione invariata o peggiorata <input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Non disponibile <input type="checkbox"/> Interruzione del trattamento ² Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ____/____/____
Data 4 ^a somm.ne: ____/____/____	Dopo la 3 ^a somministrazione del ____/____/____ <input type="checkbox"/> migliorato <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> peggiorato	Eventi avversi nel periodo intercorso dalla precedente applicazione? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Specificare EA: _____ _____ _____

	Punteggio NPRS odierno: _____	<u>Esito</u> <input type="checkbox"/> Risoluzione completa ADR <input type="checkbox"/> Risoluzione con postumi <input type="checkbox"/> Miglioramento <input type="checkbox"/> Reazione invariata o peggiorata <input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Non disponibile <input type="checkbox"/> Interruzione del trattamento ²
		Data dell'invio della segnalazione di sospetta reazione avversa al Responsabile di FV: ____/____/____

² **Causa/e di interruzione del trattamento:**

Fine ciclo terapeutico

Inefficacia

Eventi avversi: gravi e/o inattesi non gravi e/o attesi

Mancato inizio terapia

Decesso: data: / / correlato al farmaco: sì no

Perdita al follow up

Trasferimento

Altro (specificare: _____)

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore
