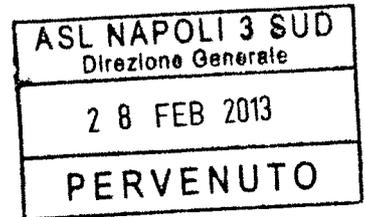


REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD
Via Guglielmo Marconi n. 66 – Torre del Greco



Oggetto: P.T.O.A. ASL NA 3 Sud.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Dipartimento Farmaceutico e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa, anche in relazione ai principi espressi nel Codice della Privacy ed a tutte le linee guida deliberate dal Garante Privacy in relazione alla legittimità degli atti da pubblicare su Albo Pretorio Informatico, della stessa resa dal dirigente del Servizio a mezzo di sottoscrizione della presente.

Premesso:

- Che il P.T.O.R. è strumento di riferimento necessario ed obbligatorio per tutte le strutture ospedaliere e territoriali della Regione Campania nel quadro delle azioni di contenimento della spesa farmaceutica;
- Che con delibera n. 665 del 08/10/2010 la G.R.C. ha adottato il PTOR 2009/2010 quale Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale;
- Che con Decreto Commissariale Regionale n.56 del 07/06/2012 è stato approvato l'aggiornamento del PTOR;
- Che il Decreto 15/2009 prevede l'aggiornamento del PTOA a seguito della nuova versione del PTOR;

Considerato:

- Che il Decreto 15 del 27/02/2007 al punto 1) ribadisce l'obbligo di prescrizione conforme al PTOR " **Tutti i medici dipendenti del S.S.R. della Campania devono obbligatoriamente attenersi, all'atto della prescrizione, ai principi attivi presenti nel PTOA, redatto in conformità al PTOR**";
- Che il Decreto n. 15/2009 al punto 7) stabilisce che al fine di potenziare il governo della spesa farmaceutica e i controlli sull'appropriatezza prescrittiva, le nuove Aziende Sanitarie Locali " **dovranno adottare il PTOA nell'ottica della razionalizzazione del numero dei principi attivi presenti nel PTOR e del contenimento della spesa, e sarà improntato alla priorità nell'utilizzo dei farmaci genericati e/o senza brevetto, all'equivalenza terapeutica, nonché alle valutazioni farmaco-economiche.**"

Visto:

- Che con delibera n. 688 del 28/5/2010 e n. 1478 del 09/12/2010, è stata istituita apposita Commissione PTOA dell'ASL NA 3 Sud che attualmente, a seguito di decadenza per pensionamenti, è così composta:

dr. Vittorio de Feo
dr. Antonio Ebreo
dr. Felice Avella
dr. Ferdinando Avella
dr. Eduardo Nava
dr.ssa Irene Napolitano
dr. Francesco Scafuro

dr.ssa Lucia Castellano
dr.ssa Maria Rita Auricchio
dr. Costantino Astarita
dr. Ascanio Campopiano
dr. Luigi Caliendo

Componenti la Segreteria Tecnico-Scientifica dr.ssa Pasqualina Sorrentino e dr.ssa Raffaella Fico.
Segreteria Organizzativa. Sig.ra Moccia Maria Antonietta.

- Che con delibera n.163 del 20/3/2012 è stato adottato il PTOA dell'ASL NA3 Sud in ottemperanza quanto stabilito al punto 7) del decreto 15/2009;

REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD
Via Guglielmo Marconi n. 66 – Torre del Greco

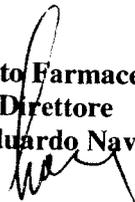
Visto:

- Le richieste pervenute dalle UU.OO.CC. dell'ASL NA 3 Sud.
- I verbali della Commissione PTOA.
- L'elenco allegato dei principi attivi parte integrante della presente deliberazione.
- La guida per la predisposizione della richiesta di inserimento di nuovo principio attivo nel PTOA.
- Il Piano Terapeutico appositamente modificato per la prescrizione di antipsicotici atipici.
- I modelli per la richiesta motivata di farmaci ad alta incidenza di spesa.

PROPONE

- di approvare il PTOA (Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale) ASL NA 3 Sud, che in allegato, è parte integrante e sostanziale della presente delibera;
- di approvare i modelli predisposti per la richiesta motivata di farmaci ad alto costo e/o alta incidenza di spesa.

Dipartimento Farmaceutico
Il Direttore
Dr. Eduardo Nava



IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto della dichiarazione di regolarità dell'istruttoria compiuta dal Servizio, nonché della dichiarazione di legittimità tecnica ed amministrativa resa dal Direttore del Dipartimento Farmaceutico proponente, visto il parere favorevole del Direttore Sanitario e nelle more della nomina del Direttore Amministrativo

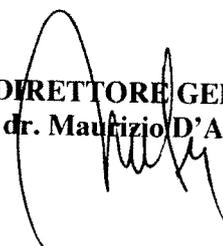
DELIBERA

- di approvare il PTOA (Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale) ASL NA 3 Sud, che in allegato, è parte integrante e sostanziale della presente delibera;
- di approvare i modelli predisposti per la richiesta motivata di farmaci ad alto costo e/o alta incidenza di spesa;
- di incaricare, in via esclusiva, della presente deliberazione il Dipartimento Farmaceutico che è responsabile di tutti i consequenziali adempimenti;
- rendere la presente immediatamente esecutiva.

IL DIRETTORE SANITARIO
dr. Giuseppe Russo



IL DIRETTORE GENERALE
dr. Maurizio D'Amora



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

ATC	PRINCIPIO ATTIVO	DOSAGGIO	FORMA FARMAC.	NOTE
A01AB09	Miconazolo	2% 80gr	gel orale	
A02AD01	Magnesio idrossido alluminio idrossido	6,9% 200ml	sosp orale	
A02BA02	Ranitidina	150 mg	cpr	
A02BA02	Ranitidina	300 mg	cpr	
A02BA02	Ranitidina	50 mg/ 5 ml	fl	
A02BA02	Ranitidina	150 mg/10 ml	scir	
A02BB01	Misoprostolo	200 mcg	cpr	
A02BC01	Omeprazolo	10 mg	cp	
A02BC01	Omeprazolo	20 mg	cp	
A02BC02	Pantoprazolo	40mg	fl	
A02BC05	Esomeprazolo	40 mg	cpr	SOLO SU RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI NON RESPONSIVI ALL'OMEPRAZOLO
A02BX02	Sucralfato	2g	buste	
A03AA05	Trimebutina	50 mg	fl	
A03AA05	Trimebutina	24mg/5ml	scir	
A03AD01	Papaverina	30 mg/ 2ml	fl	
A03AX12	Floroglucinolo	40 mg	fl	
A03AX13	Dimeticone	6,66% 30ml	gtt	SOLO SU RICHIESTA NOMINATIVA PER PEDIATRIA
A03BA01	Atropina	0,5mg	fl	
A03BA01	Atropina	1mg	fl	
A03BB01	Scopolamina butilbromuro	20 mg	fl	
A03BB05	Cimetropio bromuro	1% 30ml	gtt bb	
A03BB05	Cimetropio bromuro	50 mg	cp	
A03FA01	Metoclopramide	10 mg	fl	
A03FA03	Domperidone	1mg/ml	scir	
A04AA01	Ondansetrone	4 mg	fl	
A04AA01	Ondansetrone	8 mg	fl	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

A04AA05	Palonosetron	250mcg	fl/ 5ml	SOLO SU RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA,PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AGLI ALTRI ANTIEMETICI A PIÙ BASSO COSTO PRESENTI IN PTOA, NELLA RICHIESTA VA INDICATO IL FARMACO PRECEDENTEMENTE UTILIZZATO
A04AD	Tietilperazina	6,5 mg	supp	
A04AD12	Aprepitant	125+80mg	cp	SOLO SU RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA,PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AGLI ALTRI ANTIEMETICI
A05AA02	Ursodesossicolico acido	150 mg	cps	USO TERRITORIALE E IN DIMISSIONE
A05AA02	Ursodesossicolico acido	300 mg	cps	USO TERRITORIALE E IN DIMISSIONE
A05BA	Arginina cloridrato	20g/500ml	fl ev	DA UTILIZZARSI NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI
A06AD11	Lattulosio EPS	66,7 gr%	scir	
A06AD11	Lattulosio purificato	200 grammi in 1000 ml	sacca	
A06AD65	Macrogol (PEG) 4000 + sodio solfato anidro + sodio bicarbonato + sodio cloruro + potassio cloruro	70g 1000ml	buste	
A06AD65	Macrogol (PEG) 3350 + sodio solfato anidro + sodio cloruro + potassio cloruro+acido ascorbico+sodio ascorbato	Polv.	buste	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI INTOLLERANTI AD UN MAGGIORE CARICO IDRICO
A06AG01	Sodio fosfato acido monoidr. + disodio fosfato eptaidr.	120 ml	clisma	
A07AA06	Paromomicina	250 mg	cpr	
A07AA11	Rifaximina	60 ml /2%	scir	
A07AA11	Rifaximina	200 mg	cpr	
A07BA01	Carbone medicinale attivo	200 mg	cps	
A07BA01	Carbone medicinale attivo	50 g	polvere 1kg	
A07DA03	Loperamide	2 mg	cpr	
A07EC02	Mesalazina	4 gr	clismi	
A07EC02	Mesalazina	2 gr	clismi	
A07EC02	Mesalazina	400 mg	cpr	
A07EC02	Mesalazina	800 mg	cpr	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

A07FA	Microrganismi antidiarroici	2MLD/5ml	fl/os	SOLO SU RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI CON DISVITAMINOSI
A09AA02	Pancrelipasi	10.000 U.I.	cp	USO TERRITORIALE
A09AA02	Pancrelipasi	25.000	cp	USO TERRITORIALE
A10AB01	Insulina umana rapida	100 U.I.	flac	
A10AB04	Insulina lispro	100UI	fl	
A10AB04	Insulina lispro	100UI	cartucce	
A10AB04	Insulina lispro	100UI	penna	
A10AB05	Insulina aspart	3ml	cartucce	
A10AB05	Insulina aspart	3ml	penna	
A10AB06	Insulina glulisina	100UI/10ml	fl	
A10AB06	Insulina glulisina	100 U.I.	optiset penna	
A10AB06	Insulina glulisina	100 U.I.	cart.	
A10AB06	Insulina glulisina	100 U.I.	opticlick cart.	
A10AB06	Insulina glulisina	100 U.I.	solostar penna	
A10AC01	Insulina umana isofano ad azione intermedia	100 U.I.	fl/cart	
A10AC04	Insulina lispro-protamina	100 U.I.	cart/pen	
A10AD01	Insulina umana + isulina umana isofano	100 U.I.	Flac	
A10AD05	Insulina aspart 50% libera+50% protaminata	100 U.I.	penna	
A10AD05	Insulina aspart 30% libera+70% protaminata	100 U.I.	penna	
A10AD05	Insulina aspart 70% libera+30% protaminata	100 U.I.	penna	
A10AE04	Insulina Glargine	100 U.I.	fl	
A10AE04	Insulina Glargine	100 U.I.	optiset cart.	
A10AE04	Insulina Glargine	100 U.I.	optiset penna	
A10AE04	Insulina Glargine	100 U.I.	solostar penna	
A10AE04	Insulina glargine	100 U.I.	cart.	
A10AE05	Insulina detemir	100 U.I.	penne	
A10BA02	Metformina	500 mg	cpr riv	
A10BB01	Glibenclamide	5mg	cpr	
A10BD02	Metformina + Glibenclamide	5mg/400mg	cpr	
A10BD02	Metformina + Glibenclamide	400+2,5mg	cpr	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

A10BD06	Pioglitazone cloridrato/glimepiride	30mg+4mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIU BASSO COSTO
A10BD07	Sitagliptin fosfato monoidrato/metformina cloridrato	50 mg+ 1000mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIU BASSO COSTO
A10BD07	Sitagliptin fosfato monoidrato/metformina cloridrato	50mg+ 850mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIU' BASSO COSTO
A10BD08	Vildagliptin/metformina	50mg/ 1000mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIU BASSO COSTO
A10BD08	Vildagliptin/metformina	50mg/850mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIU BASSO COSTO
A10BG03	Pioglitazone cloridrato	15 mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIU BASSO COSTO

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

A10BG03	Pioglitazone cloridrato	30 mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIÙ BASSO COSTO
A10BH01	Sitagliptin fosfato monoidrato	100mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIÙ BASSO COSTO
A10BH02	Vildagliptin	50mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIÙ BASSO COSTO
A10BH03	Saxagliptin	5mg	cpr	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIÙ BASSO COSTO
A10BX02	Repaglinide	0,5 mg	cp	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIÙ BASSO COSTO
A10BX02	Repaglinide	1 mg	cp	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIÙ BASSO COSTO

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

A10BX04	Exenatide	5mcg	pen	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIÙ BASSO COSTO
A10BX04	Exenatide	10 mcg	pen	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIÙ BASSO COSTO
A10BX07	Liraglutide	6mg/ml	pen	PRESCRIZIONE SOLO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AD ALTRI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIÙ BASSO COSTO
A11BA	Complesso vitaminico	10 circa ml	gtt	SOLO PER PEDIATRIA SU RICHIESTA NOMINATIVA
A11BA	Complesso vitaminico	5 ml	fl	
A11CC01	Ergocalciferolo	400000 U.I.	fl	
A11CC04	Calcitriolo	0.25 mcg	cps	
A11CC04	Calcitriolo	0.5 mcg	cps	
A11CC04	Calcitriolo	1 mcg/ml	fl	
A11DA01	Tiamina (Vit. B1)	100mg	fl im	
A11DB	Cocarbossilasi + piridossina + idrossocobalamina	6f. + 6f. Solv.	fl	
A11EA	Complesso vitaminico B	2 ml	fl	
A11EA	Complesso vitaminico B	100 ml	scir	SOLO USO PEDIATRICO TERRITORIALE
A11GA01	Vitamina C	1gr/5ml	fl	
A11HA02	Piridossina cloridrato	300 mg	fl	
A12AA03	Calcio gluconato	1g 10ml	fl	
A12AA04	Calcio carbonato	1g	cpr	
A12AA07	Calcio cloruro	1g 10ml	fl	
A12AA20	Calcio lattogluconato + Calcio carbonato	1 g	bust	SOLO USO TERRITORIALE

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

A12BA01	Potassio cloruro	600 mg	cp	
A16AA01	Levocarnitina	1 gr	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA (DA UTILIZZARSI SOLO NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI)
A16AA01	Levocarnitina	2 gr	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA (DA UTILIZZARSI SOLO NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI)
A16AA01	Levocarnitina	2 gr	os	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA (DA UTILIZZARSI SOLO NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI)
A16AB02	Imiglucerasi	200UI	fl	PER PAZIENTI CON PATOLOGIA RARA
A16AB02	Imiglucerasi	400UI	fl	PER PAZIENTI CON PATOLOGIA RARA
A16AB07	Alglucosidasi alfa	50mg	fl 20ml	PER PAZIENTI CON PATOLOGIA RARA
B01AA03	Warfarin	5 mg	cpr	
B01AA07	Acenocumarolo	4 mg	cp	
B01AA07	Acenocumarolo	1 mg	cp	
B01AB	Mesoglicano sale sodico	30 mg/ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SOLO PER PAZIENTI DIALIZZATI
B01AB01	Eparina calcica	5000 UI/0,2ml	fl	
B01AB01	Eparina calcica	12500 UI/0,5 ml	fl	
B01AB01	Eparina sodica	5000 UI/ml 1ml	fl	
B01AB01	Eparina sodica	25000UI/5ml	fl	
B01AB02	Antitrombina III	500U.I.	fl	
B01AB02	Antitrombina III	1000 U.I.	fl	
B01AB05	Enoxaparina sodica	2.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI P.A. DELLA STESSA CLASSE, PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B01AB05	Enoxaparina sodica	4.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI P-A- DELLA STESSA CLASSE, PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
B01AB05	Enoxaparina sodica	6.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI P-A- DELLA STESSA CLASSE, PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
B01AB05	Enoxaparina sodica	8.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI P-A- DELLA STESSA CLASSE, PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
B01AB05	Enoxaparina sodica	10.000 U.I.	sir prer	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU APPOSITO MODELLO PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON ALTRI P-A- DELLA STESSA CLASSE, PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
B01AB06	Nadroparina	2850 U.I.	fl	
B01AB06	Nadroparina	3800 U.I.	fl	
B01AB06	Nadroparina	5700 U.I.	fl	
B01AB06	Nadroparina	7600 U.I.	fl	
B01AB06	Nadroparina	9500 U.I.	fl	
B01AB07	Parnaparina	3200 U.I.	fl	
B01AB07	Parnaparina	4250 U.I.	fl	
B01AB07	Parnaparina	6400 U.I.	fl	
B01AB12	Bemiparina sodica	2500UI	sir	RICHIESTA NOMINATIVA NEI CASI DI MANCATA PROFILASSI ANTI TROMBOTICA PREOPERATORIA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B01AB12	Bemiparina sodica	3500UI	sir	RICHIESTA NOMINATIVA NEI CASI DI MANCATA PROFILASSI ANTI TROMBOTICA PREOPERATORIA
B01AC04	Clopidrogel	75 mg	cpr riv.	
B01AC04	Clopidrogel	300 mg	cpr riv.	
B01AC05	Ticlopidina	250 mg	cp	
B01AC06	Acido acetilsalicilico	300mg	cpr	
B01AC06	Acido acetilsalicilico	100 mg	cp	
B01AC06	Lisina acetilsalicilato	160mg	buste	
B01AC07	Dipiridamolo	10 mg	fl	
B01AC10	Indobufene	200 mg	cpr	
B01AC11	Iloprost trometamolo	0,05 mg	fl ev	RICHIESTA NOMINATIVA (DA UTILIZZARSI NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI)
B01AC16	Eptifibatide	0,75/ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA (DA UTILIZZARSI NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI)
B01AC16	Eptifibatide	2 mg/ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA (DA UTILIZZARSI NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI)
B01AC17	Tirofiban	0,25mg/ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA (DA UTILIZZARSI NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI)
B01AC22	Prasugrel	5 mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA SOLO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CORONARICO PERCUTANEO PRIMARIO O RITARDATO, DI ETA NON SUPERIORE A 75 ANNI, PESO SUPERIORE A 60 KG, SENZA TIA PREGRESSO, SOPRATTUTTO SE DIABETICI

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B01AC22	Prasugrel	10mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA SOLO PER PAZIENTI SOTTOPOSTI A INTERVENTO CORONARICO PERCUTANEO PRIMARIO O RITARDATO, DI ETA' NON SUPERIORE A 75 ANNI, PESO SUPERIORE A 60 KG, SENZA TIA PREGRESSO, SOPRATTUTTO SE DIABETICI
B01AC24	Ticagrelor	90 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI CON STEMI NON ELEGGIBILI A TRATTAMENTO TROMBOLITICO O CON SCARSA NSTEMI CON RISCHIO ELEVATO (IN BASE AI COMUNI ALGORITMI) O INTOLLERANTI AL CLOPIDOGREL
B01AC30	Clopidogrel+ ASA	75 mg+100mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI POLITRATTATI E CON SCARSA COMPLIANCE
B01AD02	Alteplasi	50 mg	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA
B01AD04	Urochinasi	25.000 U.I.	fl	
B01AD11	Tenecteplase	10000 UI	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA
B01AD12	Proteina C del Plasma Umano 500 U.I. fl	500 UI	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SOLO PER TERAPIA INTENSIVA
B01AD12	Proteina C del Plasma Umano 1000 U.I. fl	1000 UI	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SOLO PER TERAPIA INTENSIVA
B01AE07	Dabigatran Etextlitao	75 mg	cps	SOLO PER LE UU.OO. DI ORTOPEDIA SU RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA, PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON EPARINE
B01AE07	Dabigatran Etextlitao	110 mg	cps	SOLO PER LE UU.OO. DI ORTOPEDIA SU RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA, PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON EPARINE



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B01AF01	Rivaroxaban	10 mg	cpr	SOLO PER LE UU.OO. DI ORTOPEDIA SU RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA, PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON EPARINE
B01AF02	Apixaban	2,5 mg	cpr	SOLO PER LE UU.OO. DI ORTOPEDIA SU RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA, PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON EPARINE
B01AX04	Dermatan solfato	300mg	fl	
B01AX05	Fondaparinux	1,5 mg	fl	
B01AX05	Fondaparinux	2,5 mg	fl	
B01AX05	Fondaparinux	5 mg	fl	
B01AX05	Fondaparinux	7,5 mg	fl	
B01AX05	Fondaparinux	10 mg	fl	
B02AA02	Acido tranexamico	500mg	cpr rp	USO TERRITORIALE
B02AA02	Acido tranexamico	500mg	fl	
B02AB49	Gabesato mesilato	100mg	fl	
B02BA01	Fitomenadione	10 mg	fl	
B02BC30	Spugna medicata con trombina e fibrinogeno	4,8X4,8	Spugna	RICHIESTA NOMINATIVA PER CHIRURGIA EPATICA QUANDO LE TECNICHE STANDARD SONO INSUFFICIENTI
B02BC30	Fibrinogeno umano	0,5 ml	fl	
B02BC30	Fibrinogeno umano	1 ml	fl	
B02BC30	Fibrinogeno umano	3 ml	fl	
B02BC30	Colla di fibrina	2 ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA PER CHIRURGIA QUANDO LE TECNICHE STANDARD SONO INSUFFICIENTI
B02BC30	Colla di fibrina	4 ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA PER CHIRURGIA QUANDO LE TECNICHE STANDARD SONO INSUFFICIENTI
B02BC30	Colla di fibrina	10 ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA PER CHIRURGIA QUANDO LE TECNICHE STANDARD SONO INSUFFICIENTI

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B02BD01	Complesso Protrombinico Umano	500 UI	fl	
B02BD05	Fattore VII di Coagulazione del Sangue Umano Liofilizzato	600 U.I.	fl	
B02BD08	Fattore VII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica Rf VII da cellule CHO	1mg+solv.	fl	
B02BD08	Fattore VII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica Rf VII da cellule CHO	2 mg+ solv.	fl	
B02BD08	Fattore VII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica Rf VII da cellule CHO	5 mg+solv.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di Coagulazione del Sangue Umano Liofilizzato	250 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di Coagulazione del Sangue Umano Liofilizzato	1000 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di Coagulazione del Sangue Umano Liofilizzato	2000 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di Coagulazione del Sangue Umano da frazionamento del plasma, a doppia specifica inattivazione virale	500 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di Coagulazione del Sangue Umano da frazionamento del plasma, a doppia specifica inattivazione virale	1000 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di Coagulazione del Sangue Umano da frazionamento del plasma, a doppia specifica inattivazione virale	1500 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica (Moroctocog Alpha rF VIII) da cellule CHO privo del dominio B con proteine plasmatiche e/o animali	250 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica (Moroctocog Alpha rF VIII) da cellule CHO privo del dominio B con proteine plasmatiche e/o animali	500 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica (Moroctocog Alpha rF VIII) da cellule CHO privo del dominio B con proteine plasmatiche e/o animali	1000 U.I.	fl	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica (Morococog Alpha rF VIII) da cellule CHO privo del dominio B con proteine plasmatiche e/o animali	2000 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica (Octocog Alpha rF VIII) da cellule BHK a molecola integra con proteine plasmatiche e/o animali	250 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica (Octocog Alpha rF VIII) da cellule BHK a molecola integra con proteine plasmatiche e/o animali	500 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica (Octocog Alpha rF VIII) da cellule BHK a molecola integra con proteine plasmatiche e/o animali	1000 U.I.	fl	
B02BD02	Fattore VIII di coagulazione del sangue umano da bioingegneria genetica (Octocog Alpha rF VIII) da cellule BHK a molecola integra con proteine plasmatiche e/o animali	2000 U.I.	fl	
B02BD03	Complesso Protrombinico Concentrato Attivato	1000 U.I.	fl	
B02BD04	Fattore IX di Coagulazione del Sangue Umano Liofilizzato	500 U.I.	fl	
B02BD04	Fattore IX di Coagulazione del Sangue Umano Liofilizzato	1000 U.I.	fl	
B02BD04	Fattore IX di Coagulazione del Sangue Umano Liofilizzato	1500 U.I.	fl	
B02BD09	Fattore IX Nonocog Alpha rF IX da cellule CHO senza proteine umane e/o animali	500 U.I.	fl	
B02BD09	Fattore IX Nonocog Alpha rF IX da cellule CHO senza proteine umane e/o animali	1000 U.I.	fl	
B02BD09	Fattore IX Nonocog Alpha rF IX da cellule CHO senza proteine umane e/o animali	2000 U.I.	fl	
B03AB	Ferrigluconato sodico	62,5mg	fl	
B03BA01	Cianocobalamina	5000 mcg	fl	
B03XA01	Epoetina alfa	sir. 1000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina alfa	sir. 2000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina alfa	sir. 3000 U.I.	sir	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B03XA01	Epoetina alfa	sir. 4000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina alfa	sir. 5000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina alfa	sir. 6000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina alfa	sir. 8000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina alfa	sir.10000 U.I	sir	
B03XA01	Epoetina alfa	sir. 40000 U.I	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir. 1000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir. 2000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir. 3000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir. 4000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir. 5000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir. 6000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir. 8000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir.10000 U.I	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir 20000 UI	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir 30000 UI	sir	
B03XA01	Epoetina zeta	sir 40000 UI	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir. 1000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir. 2000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir. 3000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir. 4000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir. 5000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir. 6000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir. 8000 U.I.	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir.10000 U.I	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir.20000 U.I	sir	
B03XA01	Epoietina beta	sir.30000 U.I	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir. 10 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir. 20 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir.30 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir. 40 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir. 50 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir. 60 mcg	sir	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B03XA02	Darbepoetina	sir. 80 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir. 100 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir. 150 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir. 300 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	sir. 500 mcg	sir	
B03XA02	Darbepoetina	pen 20 mcg	pen	
B03XA02	Darbepoetina	pen 40 mcg	pen	
B03XA02	Darbepoetina	pen 60 mcg	pen	
B03XA02	Darbepoetina	pen 80 mcg	pen	
B03XA02	Darbepoetina	pen 100 mcg	pen	
B03XA02	Darbepoetina	pen 150 mcg	pen	
B03XA02	Darbepoetina	pen 300 mcg	pen	
B03XA02	Darbepoetina	pen 500 mcg	pen	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	30mcg/0,3ml	sir	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	50mcg/0,3ml	sir	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	75mcg/0,3ml	sir	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	100mcg/0,3ml	sir	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	120mcg/0,3ml	sir	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	150mcg/0,3ml	sir	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	200mcg/0,3ml	sir	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	250mcg/0,3ml	sir	
B03XA03	Metossipolietilenglicole-epoetina beta	360mcg/0,3ml	sir	
B05AA01	Albumina umana	20% 50ml	flac	
B05AA01	Albumina umana	25% 50ml	flac	
B05AA01	Albumina umana	25% 100ml	flac	
B05AA07	Amido idrossietilico di mais	6%	flac	
B05AA07	Amido idrossietilico	10%	flac	
B05BA01	Aminoacidi	3% 250 cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi	8% 250cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi	8% 500cc	flac	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B05BA01	Aminoacidi essenziali	5,3% 250cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi essenziali	5,3% 500cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi	10% 250cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi	10% 500cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi a catena ramifica	4% 500cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi con elettroliti	8,5% 500cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi	4% 500cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi essenziali	5,4% 250cc	flac	
B05BA01	Soluzione di Aminoacidi con taurina	15% 500cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi TPH 60	6% 100cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi TPH 60	6% 250cc	flac	
B05BA01	Aminoacidi TPH 60	6% 500cc	flac	
B05BA02	Olio di soia/lecitina d'uovo	10 g/100 ml 100cc	sacca	
B05BA02	Olio di soia/lecitina d'uovo	20 g/100 ml 500cc	sacca	
B05BA02	Olio di soia	20% 500cc	flac	
B05BA02	Trigliceridi a catena media/olio di soia	10% 500cc	flac	
B05BA02	Trigliceridi a catena media/olio di soia	20% 250cc	flac	
B05BA02	Ac. Grassi omega 3, alfa tocoferolo+glicerolo+fosfati di torlo di uovo	100cc	flac	
B05BA02	Olio di oliva+olio pesce+trigliceridi	250cc	flac	
B05BA03	Glucosio	5% 10 cc	fl	
B05BA03	Glucosio	10% 10cc	fl	
B05BA03	Glucosio	20% 10cc	fl	
B05BA03	Glucosio	33% 10cc	fl	
B05BA03	Glucosio	5% 100 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	5% 250 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	5% 500 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	10% 100 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	10% 250 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	10% 500 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	20% 250 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	20% 500 cc	flac	



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B05BA03	Glucosio	33% 250 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	33% 500 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	50% 250 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	50% 500 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	70% 500 cc	flac	
B05BA03	Glucosio	5% 100 cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	5% 250cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	5% 500cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	5% 1000cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	10% 500cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	20% 100 cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	20% 250 cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	20% 500 cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	33% 250cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	33% 500 cc	sacca/flac compr	
B05BA03	Glucosio	50% 250 cc	sacca	
B05BA04	Proteina idrolisata	25 g 500cc	flac	
B05BA10	Soluzione binaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico inferiore a 7 G di azoto, osmolarità inferiore ad 850 mOsm/l	1500 cc	sacca	
B05BA10	Soluzione binaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico con valori di azoto tra 9 e 11 G osmolarità inferiore ad 850 mOsm/l	1500cc	sacca	
B05BA10	Soluzione binaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico con valori di azoto tra 9 e 11 G osmolarità inferiore ad 850 mOsm/l	2000 cc	sacca	
B05BA10	Soluzione binaria senza elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico 12 G di azoto	2000cc ca	sacca	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B05BA10	Soluzione binaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico 12 G di azoto	2000cc ca	sacca	
B05BA10	Soluzione binaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso centrale con più di 12 gr. di azoto	2000cc	sacca	
B05BA10	Soluzione binaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso centrale con più di 12 gr. di azoto	2500cc	sacca	
B05BA10	Soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso centrale con azoto fino a 9 G	2000cc	sacca	
B05BA10	Soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso centrale con azoto fino a 9 G	2500cc	sacca	
B05BA10	Soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso centrale con più di 12 gr. di azoto	2000 cc	sacca	
B05BA10	Soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico inferiore a 7 G di azoto osmolarità inferiore ad 850 mOsm/l sacca	1500cc	sacca	
B05BA10	Soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico con valori di azoto tra 9 e 11 g osmolarità inferiore ad 850 mOsm/l sacca	2000cc	sacca	
B05BA10	Soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico con valori di azoto tra 9 e 11 g osmolarità inferiore ad 850 mOsm/l sacca	2500cc	sacca	
B05BA10	Soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico con valori di azoto tra 7 e 8 g osmolarità inferiore ad 850 mOsm/l	1500cc	sacca	
B05BA10	Soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale per uso periferico con valori di azoto tra 7 e 8 g osmolarità inferiore ad 850 mOsm/l	2000cc	sacca	
B05BA10	soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale con 9 g di azoto/litro	1000 ML	Sacca a tre compartì	
B05BA10	soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale con 9 g di azoto/litro	1500 ML	Sacca a tre compartì	

hew

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B05BA10	soluzione ternaria con elettroliti per nutrizione parenterale con 9 g di azoto/litro	2000 ML	Sacca a tre compartimenti	
B05BA10	soluzione ternaria senza elettroliti per nutrizione parenterale con 9 g di azoto/litro	1000 ML	Sacca a tre compartimenti	
B05BA10	soluzione ternaria senza elettroliti per nutrizione parenterale con 9 g di azoto/litro	2000 ML	Sacca a tre compartimenti	
B05BB	Sodio cloruro/potassio acetato/potassio fosfato bibasico/magnesio solfato eptaidrato/calcio gluconato monoidrato/glucosio (destrosio)monoidrato	2000cc	sacca	
B05BB01	Sodio Bicarbonato	1,4% 250 cc	flac	
B05BB01	Sodio Bicarbonato	1,4% 500cc	flac	
B05BB01	Sodio Bicarbonato	8,4% 250cc	flac	
B05BB01	Sodio cloruro	0,9% 2cc	fl	
B05BB01	Sodio cloruro	0,9% 5cc	fl	
B05BB01	Sodio cloruro	0,9% 50cc	flac	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 100cc	flac	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 250cc	flac	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 500cc	flac	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 100 cc	sacca/flac compr	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 250 cc	sacca/flac compr	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 500 cc	sacca/flac compr	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 1000 cc	sacca/flac compr	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 2000cc	sacca/flac compr	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 3000cc	sacca/flac compr	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9%4000 cc	sacca	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,9% 5000cc	sacca/flac compr	
B05BB01	Sodio Cloruro	11,7% 10cc	fl	
B05BB01	Sodio Cloruro	0,45% 500cc	flac	
B05BB01	Soluzione elettrolitica reidratante	250cc	flac	
B05BB01	Soluzione elettrolitica reidratante	500cc	flac	
B05BB01	Sodio lattato+sodio cloruro+potassio cloruro+ calcio cloruro	500cc	flac	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B05BB01	Sodio cloruro+ potassio cloruro+ calcio cloruro+ sodio acetato	500cc	flac	
B05BB01	Sodio cloruro sodio acetato potassio cloruro magnesio cloruro sodio gluconato PH 7,4	500cc	flac	
B05BB02	Sodio acetato/potassio cloruro/magnesio cloruro/potassio bibasico/glucosio(destrosio) monoidrato	100cc	flac	
B05BB02	Sodio acetato/potassio cloruro/magnesio cloruro/potassio bibasico/glucosio (destrosio) monoidrato	250cc	flac	
B05BB02	Sodio acetato/potassio cloruro/magnesio cloruro/potassio bibasico/glucosio (destrosio) monoidrato	500cc	flac	
B05BB02	Sodio cloruro/potassio cloruro/potassio fosfato/sodio acetato/glucosio(destrosio) monoidrato	500cc	flac	
B05BB02	Sodio cloruro/potassio cloruro/magnesio cloruro/sodio acetato/sodio gluconato/glucosio (destrosio)monoidrato	500cc	flac	
B05BB02	Sodio cloruro+ potassio acetato+ magnesio acetato+glucosio anidro /monoidrato	500cc	flac	
B05BB02	Potassio cloruro/glucosio(destrosio) monoidrato	250cc	flac	
B05BB02	Glucosio con KCl 0,20%	10% 500cc	flac	
B05BB02	Glucosio con KCl 0,30%	10% 500cc	flac	
B05BC	Glicerolo+ sodio cloruro	10% 250cc	flac	
B05BC	Glicerolo + Sodio cloruro	10% 500cc	flac	
B05BC	Glicerolo + Sodio cloruro	10% 250cc	sacca	
B05BC	Glicerolo + Sodio cloruro	10% 500cc	sacca	
B05BC01	Mannitolo	10% 250cc	flac	
B05BC01	Mannitolo	10% 500cc	flac	
B05BC01	Mannitolo	18% 100cc	flac	
B05BC01	Mannitolo	18% 250cc	flac	
B05BC01	Mannitolo	18% 500cc	flac	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

B05BC01	Mannitolo	18% 250cc	sacca	
B05BC01	Mannitolo	18% 500cc	sacca	
B05CB04	Sodio Bicarbonato	8,4% P/V100cc	flac	
B05CX10	Mannitolo/Sorbitolo in fisiologica per irrigazione	3000cc	sacca	
B05XA	Potassio aspartato 3meq/ml	10cc	fl	
B05XA	Potassio acetato 3 meq/ml	10cc	fl	
B05XA01	Potassio cloruro 3 meq/ml	10cc	fl	
B05XA01	Potassio cloruro 2meq/ml	10cc	fl	
B05XA02	Sodio Bicarbonato 10 meq/ml	10cc	fl	
B05XA05	Magnesio solfato	25%	fl	
B05XA06	Potassio fosfato acido + Dipotassio fosfato 2 meq/ml	10cc	fl	
B05XA06	Potassio fosfato 2 meq/ml	10cc	fl	
B05XA15	Potassio lattato 2 meq/ml	10cc	fl	
B05XA16	Sodio lattato 2meq/ml	10cc	fl	
B05XA30	NaCl, KCl, NaOH+Acido Lattico+Acido fosforico concentrato	20cc	fl	
B05XA30	NaCl, KCl, NaOH+Acido Lattico+Acido fosforico concentrato	10cc	fl	
B05XA30	Calcio e Magnesio Cloruro 1 meq/ml	10cc	fl	
B05XA30	Ferroso cloruro/zinco cloruro/manganese cloruro/cloruro rameico/cloruro cromoico/sodio selenito pentaidrato/sodio molibdato diidrato/potassio ioduro/sodio fluoruro	10cc	fl	
B05XA30	Sodio cloruro/sodio idrossido/Aacido lattico/acido acetico glaciale	10cc	fl	
C01AA05	Digossina	0,125 mg	cp	
C01AA05	Digossina	0,250 mg	cp	
C01AA05	Digossina	0,5 mg/2ml	fl	
C01AA05	Digossina	0,05 mg/ml 60ml	scir bb	
C01AA08	Metildigossina	0,05 mg	cp	
C01AA08	Metildigossina	0,1mg	cp	
C01AA08	Metildigossina	10ml/6mg	gocce	

hew

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

C01BA01	Chinidina	200 mg	cpr	
C01BC03	Propafenone	150mg	cpr	
C01BC03	Propafenone	300 mg	cp riv.	
C01BC03	Propafenone	425 mg	cps rigide	
C01BC03	Propafenone	70 mg/20ml	fl	
C01BC04	Flecainide	150 mg	fl	
C01BC04	Flecainide	100 mg	cpr	
C01BD01	Amiodarone	150 mg	fl	
C01BD01	Amiodarone	200 mg	cpr div.	
C01BD07	Dronedarone	400 mg	cpr riv	PER PAZIENTI CON INTOLLERANZA DOCUMENTATA ALL'AMIODARONE O DISTIROIDISMO
C01CA02	Isoprenalina	0,2mg 1ml	fl	
C01CA03	Noradrenalina	2 mg	fl	
C01CA04	Dopamina	200 mg	fl	
C01CA07	Dobutamina	250 mg/20ml	fl	
C01CA17	Midodrina	30 ml	gtt	
C01CA19	Fenoldopam	20mg/2ml	fl	SOLO PER U.O. DI TERAPIA INTENSIVA
C01CA24	Adrenalina	1mg/1ml	fl	
C01CA24	Adrenalina	adulti	fl p.u.	
C01CA24	Adrenalina	bambini	fl p.u.	
C01CE03	Enoximone	100mg 20ml	fl	
C01CX08	Levosimendan	2,5mg/ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SOLO PER TERAPIA INTENSIVA
C01DA02	Nitroglicerina	5 mg	cer	
C01DA02	Nitroglicerina	10 mg	cer	
C01DA02	Nitroglicerina	15 mg	cer	
C01DA02	Nitroglicerina	5 mg/1,5ml	fl ev	
C01DA02	Nitroglicerina	50mg ev	flac	
C01DA08	Isosorbide dinitrato	5 mg	cp	
C01DA08	Isosorbide dinitrato	10 mg	cp	
C01DA14	Isosorbide mononitrato	20 mg	cp	
C01DA14	Isosorbide mononitrato	60 mg	cp	
C01DA14	Isosorbide mononitrato	40 mg	cp	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

C01EA01	Alprostadil alfa ciclodestrina	20 mcg	fl	
C01EA01	Alprostadil alfa ciclodestrina	500 mcg 1 ml	fl ev	
C01EB10	Adenosina	6 mg	fl	
C01EB17	Ivabradina	5 mg 7,5mg	cp	PER IL TRATTAMENTO SINTOMATICO DELL'ANGINA PECTORIS CRONICA STABILE IN PAZIENTI CON CORONOPATIE E NORMALE RITMO SINUSALE LIMITATAMENTE A PAZIENTI NON RESPONDERS O CON INTOLLERANZA DOCUMENTATA A BETA-BLOCCANTI. NELLA RICHIESTA VA INDICATO IL FARMACO PRECEDENTEMENTE UTILIZZATO
C02AB01	Metildopa	500 mg	cp	
C02AC01	Clonidina	2,5 mg	cer	
C02AC01	Clonidina	5 mg	cer	
C02AB01	Clonidina	150 mcg	cpr	
C02AG01	Clonidina	300 mcg	cpr	
C02AC01	Clonidina	150 mcg	fl	
C02CA04	Doxazosina	4 mg	cpr	USO LIMITATO AI PAZIENTI CON IPERTENSIONE ARTERIOSA SEVERA RESISTENTE AD ALTRI TRATTAMENTI
C02CA06	Urapidil	50mg/10ml	fl ev	
C02DD01	Nitroprussiato sodico	100 mg	fl	
C03AA03	Idroclorotiazide	25 mg	cp	
C03CA01	Furosemide	25 mg	cpr	
C03CA01	Furosemide	500 mg	cpr	
C03CA01	Furosemide	20 mg	fl	
C03CA01	Furosemide	250 mg	fl	
C03CA01	Furosemide	100 ml 1%	sol os	
C03CA04	Torasemide	10 mg	cpr	
C03CA04	Torasemide	10 mg / 2 ml	fl E V	
C03CC01	Etacrinico acido/ sale sodico	50 mg/20ml	fl	
C03DA02	Canrenoato potassico	25 mg	cpr	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

C03DA02	Canrenoato potassico	100 mg	cpr	
C03DA02	Canrenoato potassico	200 mg/2ml	fl	
C03EA01	idroclorotiazide+ amiloride	5+50mg	cp	SOLO PER I PAZIENTI NEI QUALI È NECESSARIO L'UTILIZZO CONTEMPORANEO DEI DUE P.A. ONDE CONSENTIRE UNA MAGGIORE COMPLIANCE
C04AD03	Pentoxifillina	100mg	fl	
C05AA10	Fluocinolone acetone + Ketocaina	0,01%+1%	crema	
C05BA01	Sulfopoliglicano	40000 uaptt	cut	
C05BB02	Polidocanolo	0,02	fl	
C07AA05	Propranololo	40 mg	cpr	
C07AA05	Propranololo	80 mg	cpr	
C07AA07	Sotalolo	40 mg	cpr	
C07AA07	Sotalolo	80 mg	cpr	
C07AB02	Metoprololo	100 mg	cpr	
C07AB02	Metoprololo	200 mg	cpr r.p.	
C07AB02	Metoprololo	1 mg/ml	fl	
C07AB03	Atenololo	50 mg	cpr	
C07AB03	Atenololo	100 mg	cpr	
C07AB03	Atenololo	5 mg	fl EV	
C07AB07	Bisoprololo	1,25 mg	cp	
C07AB07	Bisoprololo	2,50 mg	cp	
C07AB07	Bisoprololo	5 mg	cp	
C07AB07	Bisoprololo	10 mg	cp	
C07AB09	Esmololo	10 mg	fl	SOLO PER PAZIENTI IN TERAPIA INTENSIVA
C07AB09	Esmololo	100mg	fl	SOLO PER PAZIENTI IN TERAPIA INTENSIVA
C07AB12	Nebivololo	5 mg	cpr	
C07AG01	Labetololo	5 mg/ml	fl	
C07AG02	Carvedilolo	6,25 mg	cpr	
C07AG02	Carvedilolo	25 mg	cpr	
C08CA01	Amlodipina	10 mg	cpr	
C08CA05	Nifedipina	10 mg	cp	
C08CA05	Nifedipina	20 mg	cp rp	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

C08CA05	Nifedipina	30 mg	cp rm	
C08CA05	Nifedipina	60 mg	cp rm	
C08CA05	Nifedipina	20 mg/ 30ml	gtt	
C08CA06	Nimodipina	10 mg	fl	DA UTILIZZARE NELL'AMBITO DI PROTOCOLLI TERAPEUTICI PER L'EMORRAGIA SUBARACNOIDEA
C08CA13	Lercanidipina	10mg	cp	
C08CA13	Lercanidipina	20mg	cp	
C08DA01	Verapamil	80 mg	cp divisibili	
C08DA01	Verapamil	5mg/2ml	fl	
C08DB01	Diltiazem	60 mg	cpr r.m.	
C08DB01	Diltiazem	50 mg	fl EV	
C09AA01	Captopril	25 mg	cp	SOLO PER USO PEDIATRICO
C09AA03	Lisinopril	5 mg	cp	
C09AA03	Lisinopril	20 mg	cp	
C09AA05	Ramipril	2,5 mg	cp	
C09AA05	Ramipril	5 mg	cp	
C09AA05	Ramipril	10 mg	cp	
C09XA01	Aliskiren	150 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI CON RESISTENZA O MANCATO CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA CON ALTRI FARMACI A PIU' BASSO COSTO PRESENTI IN PTOA (INDICAZIONE DEL FARMACO PRECEDENTEMENTE UTILIZZATO)
C09XA01	Aliskiren	300 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI CON RESISTENZA O MANCATO CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA CON ALTRI FARMACI A PIU' BASSO COSTO PRESENTI IN PTOA (INDICAZIONE DEL FARMACO PRECEDENTEMENTE UTILIZZATO)
C09CA01	Losartan	12,5mg	cp	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

C09CA01	Losartan	50mg	cp	
C09CA01	Losartan	100 mg	cp	
C09CA03	Valsartan	40 mg	cp	
C09CA03	Valsartan	80 mg	cp	
C09CA03	Valsartan	160 mg	cp	
C09CA03	Valsartan	320 mg	cp	
C09DA01	Losartan + Idroclortiazide	50+12,5	cp	
C09DA01	Losartan + Idroclortiazide	100+25	cp	
C09DA06	Candesartan + Idroclortiazide	16 mg+12,5 mg	cp	
C09DA06	Candesartan + Idroclortiazide	32 mg+50 mg	cp	
C10AA01	Simvastatina	10 mg	cp	
C10AA01	Simvastatina	20 mg	cp	
C10AA01	Simvastatina	40 mg	cp	
C10AA05	Atorvastatina	10 mg	cp	
C10AA05	Atorvastatina	20 mg	cp	
C10AA05	Atorvastatina	40 mg	cp	
C10AA05	Atorvastatina	80 mg	cp	
C10AB02	Benzafibrato	400mg	cp	
C10AB04	Gemfibrozil	600mg	cp	
C10AB04	Gemfibrozil	900mg	cp	
C10AB05	Fenofibrato	200mg	cp	
C10AC01	Colestiramina cloridrato	4 g	bust	
C10AX06	omega polienoici (esteri etilici di acidi grassi polinsaturi)	1 g	cp	RICHIESTA NOMINATIVA
C10AX09	Ezetimibe	10 mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA SOLO DOPO FALLIMENTO TERAPEUTICO (DOCUMENTATO) CON LA SOLA STATINA DI 2° LIVELLO
D01AC03	Econazolo nitrato	1% 30g	polvere	
D01AC03	Econazolo nitrato	1% 30g	crema	
D01AC03	Econazolo	1% 10g	sol derm buste	
D01AC10	Bifonazolo	30gr 1%	crema	
D01BA01	Griseofulvina	125mg	cpr	
D01BA01	Griseofulvina	500mg	cpr	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

D03AX05	Acido ialuronico + sale sodico	0,2% gel 30g	gel	
D03AX05	Acido ialuronico + sale sodico	0,2% crema 15g	crema	
D03AX05	Acido ialuronico + sale sodico	2mg 10 garze ster. Impr.10x10 cm	garze	
D03AX05	Acido ialuronico + sale sodico	4mg 10 garze ster. impr.10x20 cm	garze	
D03AX05	Acido ialuronico + sale sodico	12mg 5 garze ster. Impr. 20x30cm	garze	
D03BA52	Collagenasi + Cloramfenicolo	30 g	pom	
D04AA10	Prometazina	2%	crema	USO TERRITORIALE
D04AB04	Benzocaina + Alcool benzilico	29,5 g	crema	
D04AB04	Benzocaina + Alcool benzilico	70 g	Spray	RICHIESTA NOMINATIVA
D06AX07	Gentamicina	30gr 0,1%	crema	
D06BB03	Aciclovir	5%	crema	
D07AA01	Idrocortisone	0,1% 30gr	crema	
D07AB02	Idrocortisone butirrico	0,1% 30gr	crema	USO TERRITORIALE
D07AC01	Betametasone	0,05%	crema	USO TERRITORIALE
D07AD01	Clobetasolo	0,05%	crema	USO TERRITORIALE
D07BC01	Betametasone +Clorossina	0,025+0,5% 30gr	crema	USO TERRITORIALE
D07CA01	Idrocortisone +Cloramfenicolo	20 gr	crema	USO TERRITORIALE
D07CC01	Gentamicina + betametasone	0,1%+0,1%	crema 30g	
D08AG02	Iodopovidone	10%	garze	
D08AG02	Iodopovidone	10% 30g	gel.	
G01AF01	Metronidazolo	500 mg	vag.	USO TERRITORIALE
G01AF02	Clotrimazolo	2%	crema	USO TERRITORIALE
G01AF05	Econazolo	150 ml	lav	USO TERRITORIALE
G02AB01	Metilergometrina	0,2 mg	fl	
G02AB01	Metilergometrina	0,125 mg	cpr riv	
G02AD02	Dinoprostone	10 mg	disp. Vag.	
G02AD02	Dinoprostone	2 mg	gel sir pronta	
G02AD03	Gemeprost	1 mg	candelette	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

G02AD05	Sulprostone	0.5 mg	fl	
G02CA01	Ritodrina	10mg	cp	
G02CA01	Ritodrina	10mg/ml	fl	
G02CA	Isoxsuprina	30 mg	cpr	
G02CA	Isoxsuprina	10 mg/2 ml	fl	
G02CB03	Cabergolina	0.5 mg	cpr	
G02CX01	Atosiban	6,75mg	fl	
G02CX01	Atosiban	37,5mg	fl	
G03AA09	Desogestrel + etinilestradiolo	0,15mg + 0,02 mg	cp	
G03AD01	Levonorgestrel	750mcg	cpr	
G03BB01	Mesterolone	50 mg	cp	
G03DA04	Progesterone	100 mg	fl	
G03FA04	Estradiolo benzoato	5mg 1ml	fl im	
G03GA02	Menotropina	75U.I.	fl.im.	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA02	Menotropina	600 U.I.	fl.im.	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA02	Menotropina	1200U.I.	fl.im.	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA04	Urofollitropina	75UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA05	Follitropina alfa DNA ricombinante	75UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA05	Follitropina alfa DNA ricombinante	300UI/0,5ml	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA05	Follitropina alfa DNA ricombinante	450UI/0,75ml	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

G03GA05	Follitropina alfa DNA ricombinante	900UI/1,5 ml	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA05	Follitropina alfa DNA ricombinante	1050 U.I.	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA06	Follitropina beta	50UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA06	Follitropina beta	100UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA06	Follitropina beta	300UI	cart	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA06	Follitropina beta	600UI	cart	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA06	Follitropina beta	900UI	cart	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA07	Lutropina alfa	75U.I	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA08	Coriogonadotropina	250 mcg	sir.	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G03GA30	Follitropina alfa/Lutropina alfa	150UI/75UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
G04BD02	Flavoxato	200 mg	cp	
G04BX	Lidocaina	2,5% 15 gr	gel ureterale	
H01BA02	Desmopressina acetato idrato	4mcg 0,5ml	fl	
H01BA04	Terlipressina	1 mg	fl ev	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

H01BB02	Ossitocina	5 U.I.	fl	
H01CA01	Gonadorelina	10 g	fl nas	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB01	Somatostatina	3 mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB02	Octreotide	0,05mg/ml	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB02	Octreotide	0,1mg/1ml	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB02	Octreotide	0,5mg/ml	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB02	Octreotide	1 mg/5ml	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB02	Octreotide	10mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB02	Octreotide	20mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB02	Octreotide	30mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB03	Lanreotide acetato	30mg	fl im	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB03	Lanreotide acetato	60mg	sir	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

H01CB03	Lanreotide acetato	90mg	sir	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H01CB03	Lanreotide acetato	120mg	sir	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H02AB01	Betametasone sodio fosfato	0,5	cp efferv	
H02AB01	Betametasone sodio fosfato	1mg	cp efferv	
H02AB01	Betametasone sodio fosfato	1,5 mg	fl	
H02AB01	Betametasone sodio fosfato	4 mg	fl	
H02AB02	Desametasone	4 mg	fl	
H02AB02	Desametasone	8 mg	fl	
H02AB04	Metilprednisolone (emisuccinato)	40mg	fl	
H02AB04	Metilprednisolone (emisuccinato)	500 mg	fl	
H02AB04	Metilprednisolone (emisuccinato)	1gr	fl	
H02AB07	Prednisone	5 mg	cpr	
H02AB07	Prednisone	25 mg	cpr	
H02AB09	Idrocortisone (emisuccinato sodico)	100 mg	fl	
H02AB09	Idrocortisone (emisuccinato sodico)	500 mg	fl	
H02AB09	Idrocortisone (emisuccinato sodico)	1 gr	fl	
H02AB10	Cortisone acetato	25 mg	cpr	
H03AA01	Levotiroxina sodica	25 mcg	cp	
H03AA01	Levotiroxina sodica	50 mcg	cp	
H03AA01	Levotiroxina sodica	75 mcg	cp	
H03AA01	Levotiroxina sodica	100 mcg	cp	
H03AA01	Levotiroxina sodica	125 mcg	cp	
H03AA01	Levotiroxina sodica	150 mcg	cp	
H03AA01	Levotiroxina sodica	175 mcg	cp	
H03AA01	Levotiroxina sodica	200 mcg	cp	
H03AA01	Levotiroxina sodica	25 mcg/ml	flac. Os	PRESCRIZIONE LIMITATA AI PAZIENTI PER I QUALI NON E' POSSIBILE USARE LA FORMULAZIONE CPR

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

H03AA01	Levotiroxina sodica	50 mcg/ml	flac. Os	PRESCRIZIONE LIMITATA AI PAZIENTI PER I QUALI NON E' POSSIBILE USARE LA FORMULAZIONE CPR
H03AA01	Levotiroxina sodica	75 mcg/ml	flac. Os	PRESCRIZIONE LIMITATA AI PAZIENTI PER I QUALI NON E' POSSIBILE USARE LA FORMULAZIONE CPR
H03AA01	Levotiroxina sodica	100 mcg/ml	flac. Os	PRESCRIZIONE LIMITATA AI PAZIENTI PER I QUALI NON E' POSSIBILE USARE LA FORMULAZIONE CPR
H03BB02	Tiamazolo	5mg	cp	
H04AA01	Glucagone	1mg	fl	
H05AA02	Teriparatide	20 mcg/80mcl	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H05BX01	Cinacalcet	30mg	cp	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H05BX01	Cinacalcet	60mg	cp	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H05BX01	8	90mg	cp	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H05BX02	Paracalcitolo	1mcg	cps	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H05BX02	Paracalcitolo	2mcg	cps	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
H05BX02	Paracalcitolo	5 mcg 1ml	fl iv	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
J01AA02	Doxiciclina	100 mg	cpr	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J01AA12	Tigeciclina	50 mg	fl	DA UTILIZZARE IN CASO DI NECESSITA' QUANDO ALTRE TERAPIE ANTIBIOTICHE NON HANNO DATO OPPORTUNE RISPOSTE
J01BA01	Cloramfenicolo	1 g	fl	
J01BA01	Cloramfenicolo	250mg	cps	
J01BA01	Cloramfenicolo	100ml	scir	
J01CA01	Ampicillina	1 g	fl	
J01CA04	Amoxicillina	1 g	cpr	
J01CA04	Amoxicillina	5% 100ml	sosp	
J01CA12	Piperacillina sale sodico	1 g	fl im /ev	
J01CA12	Piperacillina sale sodico	4 g	fl ev	
J01CE01	Benzilpenicillina potassica	4ml	fl	
J01CE08	Benzilpenicillina benzatinica	1200000 UI	fl	
J01CE08	Benzilpenicillina benzatinica	6000000 UI	fl	
J01CF04	Oxacillina	1g	fl	
J01CR01	Ampicillina+ Sulbactam	500+250 mg	fl im	SOLO IN PEDIATRIA
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	400+57mg	sosp	
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	1 g	cpr	
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	1000mg+200 mg	fl	
J01CR02	Amoxicillina + Ac. Clavulanico	2000mg+200 mg	fl	
J01CR05	Piperacillina + Tazobactam	2g+250mg	fl	
J01DB04	Cefazolina	1g	fl im	
J01DB04	Cefazolina	1g	fl iv	
J01DC02	Cefuroxima	1g	fl im	
J01DC04	Cefaclor	250 mg/5ml	os sosp	
J01DC04	Cefaclor	500 mg	cp	
J01DD01	Cefotaxime	250mg	fl im	
J01DD01	Cefotaxime	500mg	fl im	
J01DD01	Cefotaxime	1g	fl im ev	
J01DD01	Cefotaxime	2g	fl ev	
J01DD02	Ceftazidima	250	fl im.	
J01DD02	Ceftazidima	500	fl im.	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J01DD02	Ceftazidima	1g	fl im.	
J01DD02	Ceftazidima	2g	fl e.v.	
J01DD04	Ceftriaxone	250 mg/2 ml	fl i.m.	
J01DD04	Ceftriaxone	500 mg/2 ml	fl i.m.	
J01DD04	Ceftriaxone	1000 mg/3,5 ml	fl i.m.	
J01DD04	Ceftriaxone	1 g/3,5 ml	fl e.v.	
J01DD04	Ceftriaxone	2 g	fl e.v.	
J01DD08	Cefixima	100mg/5ml	os susp	SOLO PER PAZIENTE PEDIATRICO IN DIMISSIONE PRECOCE
J01DE01	Cefepime	500mg	fl	SOLO IN CASO DI COMPROVATA INDICAZIONE PREVISTA DALLA NOTA AIFA 55 (ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA)
J01DE01	Cefepime	1g	fl	SOLO IN CASO DI COMPROVATA INDICAZIONE PREVISTA DALLA NOTA AIFA 55 (ALLEGARE ANTIBIOGRAMMA)
J01DF01	Aztreonam	1g	fl im ev	SOLO SE INSERITO IN PROTOCOLLO TERAPEUTICO SU INDICAZIONI PREVISTE DALLA NOTA AIFA 56
J01DH02	Meropenem	500 mg	fl ev	
J01DH02	Meropenem	1 g	fl ev	
J01EE01	Sulfametoxazolo + Trimetoprim	160+800 mg	cpr	
J01EE01	Sulfametoxazolo + Trimetoprim	400 mg +80mg/5ml	fl	
J01EE01	Sulfametoxazolo + Trimetoprim	400 mg +80mg/5ml	os susp	
J01FA01	Eritromicina	600 mg	cp	
J01FA09	Claritromicina	250 mg	cpr	
J01FA09	Claritromicina	500 mg	cpr	
J01FA09	Claritromicina	500 mg/10 ml	fl ev	
J01FA09	Claritromicina	125 mg/100 ml	os susp	
J01FA10	Azitromicina	1,5 g	os susp	
J01FA10	Azitromicina	500mg	cpr	
J01FA10	Azitromicina	500mg	fl	
J01FF01	Clindamicina	600mg/4ml	fl im ev	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J01GB01	Tobramicina	300mg/5ML	fl/Nebul.	SOLO PER PAZIENTI CON FIBROSI CISTICA
J01GB03	Gentamicina	20 mg	fl	
J01GB03	Gentamicina	40 mg	fl	
J01GB03	Gentamicina	80 mg	fl	
J01GB03	Gentamicina	120 mg	fl	
J01GB03	Gentamicina	160 mg	fl	
J01GB07	Netilmicina	15 mg	fl	SOLO PER PAZIENTI PEDIATRICI
J01MA02	Ciprofloxacina	250 mg	cpr	
J01MA02	Ciprofloxacina	500 mg	cpr	
J01MA02	Ciprofloxacina	750 mg	cpr	
J01MA02	Ciprofloxacina	200 mg	fl ev	
J01MA02	Ciprofloxacina	400 mg	fl ev	
J01MA12	Levofloxacina	250 mg	cpr	
J01MA12	Levofloxacina	500 mg	cp	
J01MA12	Levofloxacina	500 mg/100ml	fl	
J01MB06	Cinoxacina	500 mg	cps	
J01XA01	Vancomicina cloridrato	500 mg	fl	
J01XA01	Vancomicina cloridrato	1g	fl	
J01XA02	Teicoplanina	200 mg	fl	SOLO SU RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA (CON ALLEGATO ANTIBIOGRAMMA), PER INFEZIONI DA GRAM POSITIVI RESISTENTI AGLI ALTRI ANTIBIOTICI PRESENTI IN PTOA E PER PAZIENTI IN DIMISSIONE PRECOCE (DA NON UTILIZZARE IN PROFILASSI)
J01XB01	Colistimetato di sodio	1000000 UI/4ml	fl	SOLO PER UTIR PER PAZIENTI CON INFEZIONI RESISTENTI AD ALTRI ANTIBIOTICI PRESENTI IN PTOA
J01XD01	Metronidazolo	250 mg	cpr	
J01XD01	Metronidazolo	500 mg	flac	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J01XX08	Linezolid	2mg/300ml	sacche	FARMACO DA UTILIZZARE SOLO NEI CENTRI DI TERAPIA INTENSIVA NELLE INFEZIONI GRAVI DA GRAM POSITIVI RESISTENTI AD ALTRI ANTIBIOTICI. EVENTUALE UTILIZZO IN ALTRI REPARTI SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIA' INIZIATA NEI SUDDETTI CENTRI
J01XX08	Linezolid	600 mg	cpr	FARMACO DA UTILIZZARE SOLO NEI CENTRI DI TERAPIA INTENSIVA NELLE INFEZIONI GRAVI DA GRAM POSITIVI RESISTENTI AD ALTRI ANTIBIOTICI. EVENTUALE UTILIZZO IN ALTRI REPARTI SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIA' INIZIATA NEI SUDDETTI CENTRI
J01XX08	Linezolid	100mg/5ml	sosp	FARMACO DA UTILIZZARE SOLO NEI CENTRI DI TERAPIA INTENSIVA NELLE INFEZIONI GRAVI DA GRAM POSITIVI RESISTENTI AD ALTRI ANTIBIOTICI. EVENTUALE UTILIZZO IN ALTRI REPARTI SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIA' INIZIATA NEI SUDDETTI CENTRI
J01XX09	Daptomicina	350 mg	fl	DA UTILIZZARE SOLO QUANDO ALTRE TERAPIE ANTIBIOTICHE NON HANNO DATO RISPOSTE
J02AA01	Amfotericina B in complesso lipidico	100mg	fl i v	
J02AC01	Fluconazolo	50mg/5ml	sosp	
J02AC01	Fluconazolo	150 mg	cps	
J02AC01	Fluconazolo	100mg/50ml	flac ev	
J02AC01	Fluconazolo	200mg/100 ml	flac ev	
J02AC01	Fluconazolo	400mg/200 ml	flac ev	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J02AC02	Itraconazolo	25ml	fl ev	INDICATA SOLO NEL TRATTAMENTO DELL'ISTOPLASMOSI E DELLE INFEZIONI MICOTICHE SISTEMICHE DI ASPERGILLOSI, CANDIDOSI E CRIPTOCOCCOSI INCLUSA LA MENINGITE CRIPTOCOCCICA, QUANDO IL TRATTAMENTO SISTEMICO ANTIMICOTICO DI PRIMA SCELTA NON E' ADATTO O SI E' DIMOSTRATO INEFFICACE
J02AC03	Voriconazolo	50 mg	cpr	FARMACO DI SECONDA SCELTA NELLE MICOSI INVASIVE DOCUMENTATE ED ASSAI PROBABILI DA UTILIZZARE NEI REPARTI DI ONCO-EMATOLOGIA, TRAPIANTI, RIANIMAZIONE ED INFETTIVOLOGIA ED EVENTUALMENTE IN ALTRO REPARTO SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIA' INIZIATA NEI SUDDETTI REPARTI
J02AC03	Voriconazolo	200 mg	cpr	FARMACO DI SECONDA SCELTA NELLE MICOSI INVASIVE DOCUMENTATE ED ASSAI PROBABILI DA UTILIZZARE NEI REPARTI DI ONCO-EMATOLOGIA, TRAPIANTI, RIANIMAZIONE ED INFETTIVOLOGIA ED EVENTUALMENTE IN ALTRO REPARTO SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIA' INIZIATA NEI SUDDETTI REPARTI

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J02AC03	Voriconazolo	40 mg/ml	sosp	FARMACO DI II SCELTA NELLE MICOSI INVASIVE DOCUMENTATE ED ASSAI PROBABILI DA UTILIZZARE NEI REPARTI DI ONCO-EMATOLOGIA, TRAPIANTI, RIANIMAZIONE ED INFETTIVOLOGIA ED EVENTUALMENTE IN ALTRO REPARTO SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIA' INIZIATA NEI SUDDETTI REPARTI
J02AC03	Voriconazolo	200 mg	fl	FARMACO DI SECONDA SCELTA NELLE MICOSI INVASIVE DOCUMENTATE ED ASSAI PROBABILI DA UTILIZZARE NEI REPARTI DI ONCO-EMATOLOGIA, TRAPIANTI, RIANIMAZIONE ED INFETTIVOLOGIA ED EVENTUALMENTE IN ALTRO REPARTO SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIA' INIZIATA NEI SUDDETTI REPARTI
J02AX04	Caspofungin	50 mg	fl	FARMACO DI SECONDA SCELTA NELLE MICOSI INVASIVE DOCUMENTATE ED ASSAI PROBABILI DA UTILIZZARE NEI REPARTI DI ONCO-EMATOLOGIA, TRAPIANTI, RIANIMAZIONE ED INFETTIVOLOGIA ED EVENTUALMENTE IN ALTRO REPARTO SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIA' INIZIATA NEI SUDDETTI REPARTI



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J02AX04	Caspofungin	70 mg	fl	FARMACO DI SECONDA SCELTA NELLE MICOSI INVASIVE DOCUMENTATE ED ASSAI PROBABILI DA UTILIZZARE NEI REPARTI DI ONCO-EMATOLOGIA, TRAPIANTI, RIANIMAZIONE ED INFETTIVOLOGIA ED EVENTUALMENTE IN ALTRO REPARTO SOLO COME PROSECUZIONE DI TERAPIA GIA' INIZIATA NEI SUDDETTI REPARTI
J02AX05	Micafungina	50 mg	fl ev	
J02AX05	Micafungina	100mg	fl ev	
J02AX06	anidulafungina	100mg	fl	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA NEL TRATTAMENTO DELLA CANDIDOSI INVASIVA IN PAZIENTI ADULTI NON NEUTROPENICI CHE HANNO MOSTRATO INTOLLERANZA O NON RESPONSIVI AL TRATTAMENTO CON FLUCONAZOLO
J04AB02	Rifampicina	300mg	cps	
J04AB02	Rifampicina	450mg	cpr	
J04AB02	Rifampicina	600mg	cpr	
J04AB02	Rifampicina	20 mg	scir	
J04AB03	Rifamicina	500 mg/ 10 ml	fl ev	INDICAZIONE SELETTIVA NELLE INFEZIONI SOSTENUTE DA MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEX
J04AC01	Isoniazide	1% 100 ml	scir	
J04AC01	Isoniazide	200mg	cpr	
J04AC01	Isoniazide	100mg	fl	
J04AC01	Isoniazide	500mg	fl	
J04AK01	pirazinamide	500mg	cpr	
J04AK02	Etambutolo	400 mg	cp	
J04AK02	Etambutolo	500 mg	fl	
J04AM02	Isionazide +Rifampicina	300+150mg	cp	
J04AM05	Isionazide + pirazinamide + rifampicina	50+300+120mg	cpr	NEL TRATTAMENTO AMBULATORIALE

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J04AM05	Isionazide + pirazinamide + rifampicina	150+75+400 mg	cpr	NEL TRATTAMENTO AMBULATORIALE
J05AB01	Aciclovir	400 mg	cpr	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI
J05AB01	Aciclovir	100 ml 8%	scir	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI
J05AB01	Aciclovir	250 mg	fl ev	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI
J05AB04	Ribavirina	200 mg	cps	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J05AB04	Ribavirina	400 mg	cpr	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J05AB06	Ganciclovir	500 mg	fl	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J05AB14	Valganciclovir	450mg	cpr	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J05AB14	Valganciclovir	50mg	fl	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J05AF05	Lamivudina	100 mg	cpr	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J05AF05	Lamivudina	150 mg	cpr	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J05AF05	Lamivudina	240ml 5mg/ml	fl os	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J05AF07	Tenofovir	245 mg	cp	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J05AF10	Entecavir	0,5 mg	cpr	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J05AF10	Entecavir	1 mg	cpr	DA UTILIZZARSI SOLO CON PROTOCOLLI TERAPEUTICI E SECONDO NORMATIVA REGIONALE VIGENTE
J06BA02	immunoglobulina Umana normale	160 mg/ml	fl im/sc	
J06BA02	immunoglobulina Umana normale	160 mg/ml	fl sc	
J06BA02	immunoglobulina Umana normale	200 mg/ml	fl sc	
J06BA02	immunoglobulina Umana normale	50 mg/ml	fl ev	
J06BA02	immunoglobulina Umana normale	100 mg/ml	fl ev	
J06BB01	Immunoglobulina Umana anti-D	300 mcg	fl	
J06BB02	Immunoglobulina Umana AntiTetanica	250 UI	sir	
J06BB02	Immunoglobulina Umana AntiTetanica	500 UI	sir	
J06BB04	Immunoglobulina Umana dell'Epatite B	180 UI	fl/ i.m	
J06BB04	Immunoglobulina Umana dell'Epatite B	da 500 a 600 UI	fl/ i.m	
J06BB04	Immunoglobulina Umana dell'Epatite B	1000 UI	fl/ i.m	
J06BB04	Immunoglobulina Umana dell'Epatite B	100 UI	fl e.v	
J06BB04	Immunoglobulina Umana dell'Epatite B	250 UI	fl e.v	
J06BB04	Immunoglobulina Umana dell'Epatite B	500 UI	fl e.v	
J06BB04	Immunoglobulina Umana dell'Epatite B	2000 UI	fl e.v	
J06BB04	Immunoglobulina Umana dell'Epatite B	2500 UI	fl e.v	
J06BB16	Palivizumab	50 mg	fl	
J06BB16	Palivizumab	100 mg	fl	
J07AE01	Vaccino per immunizzazione dal vibrio cholerae	3 ml	fl os	USO TERRITORIALE
J07AG51	Vaccino haemophilus influenzae B con anatossine (monovalente)	10 mcg +30mcg	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AH04	Vaccino meningococcico polisaccaridico tetravalente (di tipo A,C,W135 e Y)	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AH07	Vaccino meningococcico monovalente tipo C coniugato con tossoido tetanico	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J07AH07	Vaccino meningococcico monovalente di tipo C coniugato con tosoide differico	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AJ52	Vaccino differico, tetanico e pertossico acellulare	Pediatrico	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AJ52	Vaccino differico, tetanico e pertossico acellulare	Adulti	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AL01	Vaccino pneumococcico	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AL02	Vaccino pneumococcico saccaridico coniugato adsorbito	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AL02	Vaccino pneumococcico saccaridico coniugato 13 valente adsorbito	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AM01	Vaccino tetanico adsorbito	40UI	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AM51	Vaccino differico adsorbito/tetanico adsorbito	Adulti	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AP03	vaccino tifoideo	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07AP01	vaccino tifoideo vivo (ceppo Ty 21a)	200 mg	cps	USO TERRITORIALE
J07BB02	Vaccino antinfluenzale contenente antigeni annualmente determinati dall'oms. dosi vaccino inattivato subvirionico tipo split o subunità	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BB02	Vaccino antinfluenzale contenente gli antigeni annualmente determinati dall'oms dosi vaccino inattivato adiuvato con MF59 C.1	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BB02	Vaccino antinfluenzale trivalente contenente gli antigeni annualmente determinati dall'oms dosi vaccino inattivato virosomale	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BC01	Vaccino epatitico B	10mcg/ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BC01	Vaccino epatitico B	20mcg/ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BC01	Vaccino epatitico B da DNA ricombinante	5mcg/0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
	Vaccino epatitico B da DNA ricombinante	10mcg/ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BC01	Vaccino epatitico B da DNA ricombinante	40 mcg/ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BC02	Vaccino epatitico A inattivato	pediatrico	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BC02	Vaccino epatitico A inattivato	Adulti	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BC20	Vaccino epatitico A inattivato/ vaccino epatitico B da DNA ricombinante	pediatrico	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BC20	Vaccino epatitico A inattivato/ vaccino epatitico B da DNA ricombinante	Adulti	sir/fl	USO TERRITORIALE

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

J07BD52	Vaccino morbilloso parotitico-rubeolico/Vivo attenuato	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BF03	Vaccino poliomeilitico inattivato	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BG01	Vaccino rabbico uso umano da colture cellulari	2,5 UI	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BH01	Vaccino antirotavirus attenuato	1 ml	fl os+sir+adat.	USO TERRITORIALE
J07BK01	Vaccino antivaricella virus vivo attenuato ceppo Oka	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BL01	Vaccino della febbre gialla vivo attenuato	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07BM02	Vaccino papillomavirus umano	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07CA01	Vaccino difterico/tossoide tetanico/poliiovirus inattivato	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07CA02	Vaccino difterico, pertussico, poliomeilitico, tetanico	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07CA06	Vaccino difterico+haemophilus influenzae B +tossoide tetanico+ pertussico +poliomeilitico	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
J07CA09	Vaccino difterico/epatitico B ricombinante/Haemophilus influenzae B coniugato e adiuvato/pertussico acellulare/tetanico/poliomeilitico inattivato	0,5 ml	sir/fl	USO TERRITORIALE
L01AA01	Ciclofosfamide	0,5 g	fl ev	
L01AA01	Ciclofosfamide	1 g	fl ev	
L01AA01	Ciclofosfamide	50 mg	cpr	
L01AA02	Clorambucile	2 mg	cpr	
L01AA03	Melfalan	2 mg	cpr	
L01AA06	Ifosfamide	1 g	fl ev	
L01AB01	Bisulfano	2mg	cpr	
L01AD05	Fotemustina	208 mg	fl ev	
L01AX03	Temozolomide	5 mg	cps	
L01AX03	Temozolomide	20 mg	cps	
L01AX03	Temozolomide	100 mg	cps	
L01AX03	Temozolomide	140 mg	cps	
L01AX03	Temozolomide	180 mg	cps	
L01AX03	Temozolomide	250 mg	cps	
L01BA01	Metotrexato	2,5 mg	cpr	
L01BA01	Metotrexato	7,5 mg	fl ev	
L01BA01	Metotrexato	15 mg	fl ev	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L01BA01	Metotrexato	20 mg	fl ev	
L01BA01	Metotrexato	50 mg/ 2 ml	fl ev	
L01BA01	Metotrexato	500 mg/20 ml	fl ev	
L01BA03	Raltitrexed	2 mg	fl ev	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
L01BA04	Pemetrexed	500 mg	fl ev	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
L01BB05	Fludarabina	50 mg	fl ev	
L01BB05	Fludarabina	10 mg	cp	
L01BC01	Citarabina	100 mg/5ml	fl ev	
L01BC01	Citarabina	500 mg/10ml	fl ev	
L01BC02	Fluorouracile	50 mg/ml	fl ev	
L01BC05	Gemcitabina	1 g	fl ev	
L01BC05	Gemcitabina	2 g	fl ev	
L01BC05	Gemcitabina	200 mg	fl ev	
L01BC06	Capecitabina	150 mg	cpr film rivestite	
L01BC06	Capecitabina	500 mg	cpr film rivestite	
L01BC07	Azacitidina	100 mg 25 mg/ml	fl ev	DA UTILIZZARSI SECONDO LE LIMITAZIONI AIFA
L01CA01	Vinblastina	10 mg	fl ev	
L01CA02	Vincristina	1 mg	fl ev	
L01CA03	Vindesina solfato	5 mg	fl ev	
L01CA04	Vinorelbina bitartrato	10 mg	fl ev	
L01CA04	Vinorelbina bitartrato	50 mg	fl ev	
L01CA04	Vinorelbina bitartrato	20 mg	cps	
L01CA04	Vinorelbina bitartrato	30 mg	cps	
L01CB01	Etoposide	20 mg/ml	fl ev	
L01CD01	Paclitaxel	30 mg	fl ev	
L01CD01	Paclitaxel	100 mg	fl ev	
L01CD01	Paclitaxel	150 mg	fl ev	
L01CD01	Paclitaxel	300 mg	fl ev	
L01CD02	Docetaxel	10 mg/ml	fl ev	
L01DB01	Doxorubicina cloridrato	10 mg	fl ev	
L01DB01	Doxorubicina cloridrato	50 mg	fl ev	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L01DB01	Doxorubicina	liposomiale pegilata 10ml	fl ev	RICHIESTA DOCUMENTATA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON DOXORUBICINA A PIÙ BASSO COSTO
L01DB01	Doxorubicina	liposomiale pegilata 25 ml	fl ev	RICHIESTA DOCUMENTATA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON DOXORUBICINA A PIÙ BASSO COSTO
L01DB01	Doxorubicina	liposomiale non pegilata 50 ml	fl ev	RICHIESTA DOCUMENTATA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON DOXORUBICINA A PIÙ BASSO COSTO
L01DB02	Daunorubicina	20 mg	fl ev	
L01DB03	Epirubicina	2 mg/ml	fl ev	
L01DB06	Idarubicina	5 mg	fl ev	
L01DB06	Idarubicina	10 mg	fl ev	
L01DB07	Mitoxantrone	10 mg	fl ev	
L01DB07	Mitoxantrone	20 mg	fl ev	
L01DC01	Bleomicina solfato	15 mg	fl ev	
L01DC03	Mitomicina	10 mg	fl ev	
L01DC03	Mitomicina	40 mg	fl ev	
L01XA01	Cisplatino	1 mg /ml	fl ev	
L01XA02	Carboplatino	10 mg/ml	fl ev	
L01XA03	Oxaliplatino	5 mg/ml	flac. ev	
L01XC02	Rituximab	100 mg/10ml	fl ev	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO CON UN ALTRO ANTI TNF-ALFA (DOCUMENTATO)
L01XC02	Rituximab	500 mg/50ml	fl ev	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO CON UN ALTRO ANTI TNF-ALFA (DOCUMENTATO)
L01XC03	Trastuzumab	150 mg	fl ev	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

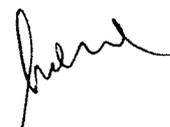
L01XC06	Cetuximab	2mg/ml 50ml	fl ev	
L01XC07	Bevacizumab	25mg/ml 4ml (100mg)	fl ev	
L01XC07	Bevacizumab	400mg	fl ev	
L01XC08	Panitumumab	5 ml/20 mg	fl ev	VISTI I GRAVI EFFETTI COLLATERALI DOCUMENTATI, LA PRESCRIZIONE È LIMITATA AI PAZIENTI CON CARCINOMA COLON RETTALE METASTATICO ESPRIMENTI IL RECETTORE PER IL FATTORE DI CRESCITA EPIDERMICO DOPO FALLIMENTO DI REGIMI CHEMIOTERAPICI CONTENENTI FLUOROPIRIMIDINE, OXALIPLATINO E IRINOTECAN NEL CASO IN CUI I TUMORI PRESENTINO IL GENE KRAS NON MUTATO WILE-TIPE
L01XC08	Panitumumab	20 ml/20 mg	fl ev	VISTI I GRAVI EFFETTI COLLATERALI DOCUMENTATI, LA PRESCRIZIONE È LIMITATA AI PAZIENTI CON CARCINOMA COLON RETTALE METASTATICO ESPRIMENTI IL RECETTORE PER IL FATTORE DI CRESCITA EPIDERMICO DOPO FALLIMENTO DI REGIMI CHEMIOTERAPICI CONTENENTI FLUOROPIRIMIDINE, OXALIPLATINO E IRINOTECAN NEL CASO IN CUI I TUMORI PRESENTINO IL GENE KRAS NON MUTATO WILE-TIPE
L01XE01	Imatinib mesilato	100mg	cps	
L01XE02	Gefitinib	250mg	cpr	
L01XE03	Erlotinib	100 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA SECONDO LIMITAZIONI AIFA
L01XE03	Erlotinib	150 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA SECONDO LIMITAZIONI AIFA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L01XE04	Sunitinib maleato	12,5 mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA CON OBBLIGO DI RELAZIONE SUGLI END POINT RAGGIUNTI
L01XE04	Sunitinib maleato	25 mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA CON OBBLIGO DI RELAZIONE SUGLI END POINT RAGGIUNTI
L01XE04	Sunitinib maleato	50 mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA CON OBBLIGO DI RELAZIONE SUGLI END POINT RAGGIUNTI
L01XE05	Sorafenib tosilato	200 mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA CON OBBLIGO DI RELAZIONE SUGLI END POINT RAGGIUNTI
L01XE07	Lapatinib	250mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA SECONDO LIMITAZIONI AIFA
L01XE08	Nilotinib	150mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA CON OBBLIGO DI RELAZIONE SUGLI END POINT RAGGIUNTI
L01XE08	Nilotinib	200mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA CON OBBLIGO DI RELAZIONE SUGLI END POINT RAGGIUNTI
L01XX05	Idrossiurea	500 mg	cps	
L01XX14	Tretinoina	10 mg	cps	RICHIESTA NOMINATIVA SECONDO LIMITAZIONI AIFA
L01XX17	Topotecan	4 mg	fl ev	
L01XX19	Irinotecan	40 mg/2ml	fl ev	
L01XX19	Irinotecan	100 mg/5ml	fl ev	
L01XX19	Irinotecan	300 mg/15ml	fl ev	
L02AB02	Medrossiprogesterone (acetato)	500 mg	fl	
L02AE01	Buserelin acetato	6,3mg	sir RP	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE01	Buserelin acetato	9,45mg	sir depot	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L02AE01	Buserelin acetato	1mg/1ml	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE01	Buserelin acetato	0.1 mg	spray nas	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE02	Leuprorelina	3,75 mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE02	Leuprorelina	7,5 mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE02	Leuprorelina	11,25 mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE02	Leuprorelina	22,5 mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE03	Goserelina	3.6 mg	fl siringa	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE03	Goserelina	10,8 mg	fl siringa	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE04	Triptorelina	3,75 mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02AE04	Triptorelina	11,25 mg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02BA01	Tamoxifene citrato	20 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L02BB01	Flutamide	250 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02BB03	Bicalutamide	50 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02BB03	Bicalutamide	150 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L02BG03	Anastrozolo	1 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AA02	Filgrastim	30 MU	fl/sir	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AA10	lenograstim	33,6 mg	flac+sir	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AA13	pegfilgrastim	6mg	sir sc.	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AA13	pegfilgrastim	6mg	sir sc. c/p	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB01	Interferone alfa naturale	1000000 U.I.	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB01	Interferone alfa naturale	3000000 UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB01	Interferone alfa naturale	6000000UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L03AB04	Interferone alfa 2 A	3000000 UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB04	Interferone alfa 2 A	6000000UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB04	Interferone alfa 2 A	9000000 UI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB05	Interferone alfa-2b	10 MUI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB05	Interferone alfa-2b	18 MUI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB05	Interferone alfa-2b	25 MUI	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB05	Interferone alfa-2b	18 MUI	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB05	Interferone alfa-2b	30 MUI	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB10	Peginterferone alfa-2b	50mcg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB10	Peginterferone alfa-2b	80mcg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB10	Peginterferone alfa-2b	100 mcg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L03AB10	Peginterferone alfa-2b	120 mcg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB10	Peginterferone alfa-2b	150 mcg	fl	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB10	Peginterferone alfa-2b	50 mcg	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB10	Peginterferone alfa-2b penna 80 mcg penne	80 mcg	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB10	Peginterferone alfa-2b penna 100 mcg penne	100 mcg	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB10	Peginterferone alfa-2b penna 120 mcg penne	120 mcg	pen	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB11	Peginterferone alfa-2a	135 mcg	sir	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AB11	Peginterferone alfa-2a	180 mcg	sir	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
L03AC01	Aldesleuchina	18 MU 5 ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA SECONDO LIMITAZIONI AIFA
L03AX03	Bacillo Calmette-Guérin (BCG)	81mg/5ml	fl	
L04AA06	Micofenolato mofetile	250 mg	cps	
L04AA06	Micofenolato mofetile	500 mg	cpr	
L04AA10	Sirolimus	1mg	cpr	
L04AA10	Sirolimus	2mg	cpr	
L04AA10	Sirolimus	30 mg	fl ev	
L04AA10	Sirolimus	1 mg/ml	fl os	
L04AA13	leflunomide	20 mg	cpr	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L04AA13	leflunomide	100mg	cpr	
L04AA18	Everolimus	0,25	cp	
L04AA18	Everolimus	0,75	cp	
L04AA24	Abatacept	250 mg	fl ev	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO CON UN ALTRO ANTI TNF-ALFA (DOCUMENTATO)
L04AB01	Etanercept	25 mg	sir sc	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD
L04AB01	Etanercept	25 mg	fl sc	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD
L04AB01	Etanercept	25 mg	fl sc bambini	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD
L04AB01	Etanercept	50 mg	sir sc	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L04AB01	Etanercept	50 mg	pen sc	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD
L04AB04	Adalimumab	40 mg	sir sc	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD
L04AB04	Adalimumab	40 mg	pen sc	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD
L04AB05	Certolizumab	200 mg	sir sc	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD
L04AB02	Infliximab	100mg/2ml	fl ev	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

L04AB06	Golimumab	50 mg	pen	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD
L04AB06	Golimumab	50 mg	sir.	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO DI UNO O PIU DMARD NON BIOLOGICI IN ASSOCIAZIONE A MTX O ALTRI DMARD
L04AC07	Tocilizumab	20mg/ml	fl ev	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI DOPO FALLIMENTO CON UN ALTRO ANTI TNF-ALFA (DOCUMENTATO)
L04AD01	Ciclosporina	10 mg	cps	
L04AD01	Ciclosporina	25 mg	cps	
L04AD01	Ciclosporina	50 mg	cps	
L04AD01	Ciclosporina	100 mg	cps	
L04AD01	Ciclosporina	100 mg/ml	fl os	
L04AD02	Tacrolimus	0,5	cps	
L04AD02	Tacrolimus	1 mg	cps	
L04AD02	Tacrolimus	3 mg	cps r.p.	
L04AD02	Tacrolimus	5 mg	cps	
M01AB01	Indometacina	100 mg	supp	
M01AB01	Indometacina	50mg	cp	
M01AB05	Diclofenac	75 mg	fl	
M01AB05	Diclofenac	50 mg	cp	
M01AB05	Diclofenac	100 mg	cp	
M01AB05	Diclofenac	150 mg	cp	PER PAZIENTI NON RESPONSIVI AI DOSAGGI PIÙ BASSI (INEFFICACIA DOCUMENTATA) PRESENTI IN PTOA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

M01AB15	Ketorolac	30 mg	fl	
M01AC01	Piroxicam	20mg	fl	
M01AE01	Ibuprofene	150 ml	scir	
M01AE03	Ketoprofene	160mg/2ml	fl i.m.	
M01AE03	Ketoprofene	100 mg	fl i.v.	
M01AH01	Celecoxib	200 mg	cps	
M03AB01	Succinilcolina (suxametonio)	100mg/2ml	fl	
M03AC09	Rocuronio Bromuro	50 mg	fl	
M03AC09	Rocuronio Bromuro	100 mg	fl	
M03AC10	Mivacurio cloruro	2mg/ml 5ml	fl	
M03AC11	Cisatracurio (besilato)	2mg/2.5 ml	fl	
M03AC11	Cisatracurio (besilato)	2mg/5 ml	fl	
M03AX01	Tossina botulinica da clostridium botulinum tipo a	100 U.I. vari pesi molecolari	fl	SOLO SU RICHIESTA NOMINATIVA CON INDICAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA E RELAZIONE SUI RISULTATI OTTENUTI A FINE TRATTAMENTO
M03BX01	Baclofene	0,05mg/ml	fl 1ml intratecale	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA
M03BX01	Baclofene	10 mg/5ml	fl 5ml intratecale	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA
M03BX01	Baclofene	10 mg/20ml	fl 20ml intratecale	RICHIESTA NOMINATIVA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI REPARTI DI TERAPIA INTENSIVA
M03BX05	Tiocolchicoside	4 mg	cp	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI A TRATTAMENTO CON FORMA PARENTERALE
M03BX05	Tiocolchicoside	4 mg/2ml	fl im	
M03CA01	Dantrolene	20 mg	fl	
M04AA01	Allopurinolo	300 mg	cp	
M04AC01	Colchicina	0,5 mg	cpr	

here

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

M04AC01	Colchicina	1 mg	cpr	
M05BA04	Acido alendronico	70 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA SECONDO LIMITAZIONI AIFA
M05BA06	Sodio ibandronato monoidrato	50 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA SECONDO LIMITAZIONI AIFA
M05BA06	Sodio ibandronato monoidrato	6 mg/6 ml	fl	
M05BA08	Acido Zoledronico	4 mg	fl	
M05BX04	Denosumab	60 mg	fl	PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI A TRATTAMENTO CON ALTRI P.A. PRESENTI IN PTOA, AVENTI LE STESSE INDICAZIONI TERAPEUTICHE E A PIÙ BASSO COSTO.
M09AX01	Acido ialuronico	10 mg/ml	fl intrarticolare	USO TERRITORIALE
N01AB07	Desflurano	240 ml	fl	
N01AB08	Sevoflurano	250ml	fl	
N01AF03	Tiopentale sodico	500 mg	fl	
N01AH01	Fentanil	0,1mg/2ml	fl	
N01AH03	Sufentanil citrato	5 ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA SOLO PER ANESTESIA PERIDURALE
N01AH06	Remifentanil	2 mg/5 ml	fl	
N01AX03	Ketamina	50mg/ml 2ml	fl	
N01AX10	Propofol 1%	20ml	fl	
N01AX10	Propofol 2%	50ml	fl	
N01BB01	Bupivacaina cloridrato iperbarica	0,5% 4 ml	blister sterile	RICHIESTA NOMINATIVA
N01BB01	Bupivacaina cloridrato iperbarica	1% 2ml	fl	
N01BB02	Lidocaina 10%	60 ml	spray	RICHIESTA NOMINATIVA
N01BB02	Lidocaina cloridrato	2% 10 ml	fl	
N01BB02	Lidocaina alcalinizzata	2% 10 ml	fl	
N01BB02	Lidocaina	2% 50ml	fl	
N01BB02	Lidocaina	1% 100g	gel	
N01BB02	Lidocaina + adrenalina	10 g/100ml	spray 60 ml	RICHIESTA NOMINATIVA
N01BB03	Mepivacaina	3 % 1.8 ml	tubo fiala	USO TERRITORIALE
N01BB09	Ropivacaina	2 mg/ml	fl	
N01BB09	Ropivacaina	7,5 mg/ml	fl	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N01BB09	Ropivacaina	10 mg/ml	fl	
N01BB09	Ropivacaina	0,2% 100 ml	fl	
N01BB10	Levobupivacaina	2,5 mg/ml 10 ml	fl	
N01BB10	Levobupivacaina	5 mg/ml 10 ml	fl	
N01BB10	Levobupivacaina	7,5 mg/ml 10 ml	fl	
N01BB20	Lidocaina + prilocaina	2,5+2,5% 5g	crema + cer	RICHIESTA NOMINATIVA
N01BB51	Bupivacaina + adrenalina	10ml	fl	
N01BB52	Neomicina +fluocinolone acetonide+lidocaina	10g	pomata	USO TERRITORIALE
N01BB53	Mepivacaina + Adrenalina	1% 5ml	fl	
N01BB53	Mepivacaina + Adrenalina	1% 10 ml	fl	
N01BB53	Mepivacaina + Adrenalina	2% 5ml	fl	
N01BB53	Mepivacaina + Adrenalina	2% 10ml	fl	
N01BX04	Capsaicina	8%	cer.179 mcg	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA PER PAZIENTI CON DOLORE NEUROPATICO CONSEGUENTE AD HERPES O AD HIV NON ADEGUATAMENTE CONTROLLATO DA ALTRI FARMACI ANTIDOLORIFICI
N02AA01	Morfina cloridrato	10 mg	fl	
N02AA01	Morfina solfato	10 mg	disc	
N02AA01	Morfina solfato	30 mg	disc	
N02AA01	Morfina	20mg	gtt	
N02AA01	Morfina	10mg	fl os	
N02AA01	Morfina	30mg	fl os	
N02AA01	Morfina	100 mg	fl	
N02AA01	Morfina	100ml 2mg/ml	scir	
N02AA03	Idromorfone	8 mg	cp r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

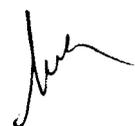
N02AA03	Idromorfone	16 mg	cp r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AA03	Idromorfone	32 mg	cp r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AA05	Ossicodone	5 mg	cp r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AA05	Ossicodone	10 mg	cp r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AA05	Ossicodone	20 mg	cp r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AA05	Ossicodone	40 mg	cp r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AA05	Ossicodone	80 mg	cp r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AA55	Ossicodone+Paracetamolo	5 mg + 325 mg	cp	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AA55	Ossicodone+Paracetamolo	10 mg + 325 mg	cp	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AA55	Ossicodone+Paracetamolo	20 mg + 325 mg	cp	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AB03	Fentanil	cerotti 25 mcg/ora	cer	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N02AB03	Fentanil	cerotti 50 mcg/ora	cer	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	cerotti 75 mcg/ora	cer	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	cerotti 100mcg/ora	cer	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	200 mcg	past orosolubile	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	400 mcg	past orosolubile	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	600 mcg	past orosolubile	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	800 mcg	past orosolubile	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	1200 mcg	past orosolubile	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N02AB03	Fentanil	1600 mcg	past orosolubile	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	100 mcg	compresse sublinguali	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	200 mcg	compresse sublinguali	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	300 mcg	compresse sublinguali	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	400 mcg	compresse sublinguali	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	600 mcg	compresse sublinguali	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	800 mcg	compresse sublinguali	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AB03	Fentanil	100 mcg	spray	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AD ALTRA VIA DI SOMMINISTRAZIONE SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N02AB03	Fentanil	400 mcg	spray	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AD ALTRA VIA DI SOMMINISTRAZIONE SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AE01	Buprenorfina	0,2 mg	cp	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AE01	Buprenorfina	20 mg	cer transderm	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AE01	Buprenorfina	30 mg	cer transderm	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AE01	Buprenorfina	40 mg	cer transderm	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AE01	Buprenorfina	0,3mg/ml	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA
N02AX02	Tramadolo	50 mg/ml	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AX02	Tramadolo	100 mg/2 ml	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02AX02	Tramadolo	100 mg/ml	gtt	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E UU.OO. DI DEGENZA OSPEDALIERA
N02BA01	Acetilsalicilato di lisina	1 gr	fl	
N02BB02	Metamizolo sodico	1 g	fl	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N02BE01	Paracetamolo	10% 30 ml	gtt	
N02BE01	Paracetamolo	120 mg/5ml	scir	
N02BE01	Paracetamolo	125mg	supp	
N02BE01	Paracetamolo	250 mg	supp	
N02BE01	Paracetamolo	500 mg	supp	
N02BE01	Paracetamolo	1000 mg	supp	
N02BE01	Paracetamolo	250 mg	cpr dispers.	USO TERRITORIALE
N02BE01	Paracetamolo	500 mg	cpr	
N02BE01	Paracetamolo	500 mg	cpr eff.	USO TERRITORIALE
N02BE01	Paracetamolo	500 mg	bust.	USO TERRITORIALE
N02BE01	Paracetamolo	1000 mg	cpr	
N02BE01	Paracetamolo	1000 mg	cpr eff.	USO TERRITORIALE
N02BE01	Paracetamolo	1000 mg	bust.	USO TERRITORIALE
N02BE01	Paracetamolo	50ml 10mg/ml	fl ev	
N02BE01	Paracetamolo	100ml 10mg/ml	fl ev	
N02BE51	Paracetamolo + Codeina	60+2,5mg	supp Latt.	
N02BE51	Paracetamolo + Codeina	200+5mg	supp BB	
N02CC01	Sumatriptan	50mg	cpr	
N02CC01	Sumatriptan	100mg	cpr	
N02CC01	Sumatriptan	6mg/0,5 ml	sir.	
N02CC01	Sumatriptan	10mg	spray	USO TERRITORIALE
N02CC01	Sumatriptan	20 mg	spray	USO TERRITORIALE
N03AA02	Fenobarbital	15 mg	cp	
N03AA02	Fenobarbital	50 mg	cp	
N03AA02	Fenobarbital	100 mg	cp	
N03AA02	Fenobarbital	100 mg/2ml	fl	
N03AB02	Fenitoina	100 mg	cp	
N03AB02	Fenitoina	250 mg	fl	
N03AE01	Clonazepam	0,5 mg	cpr	
N03AE01	Clonazepam	2 mg	cpr	
N03AE01	Clonazepam	2,5mg/ml	gocce	
N03AF01	Carbamazepina	200 mg	cpr	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N03AF01	Carbamazepina	400 mg	cpr	
N03AF01	Carbamazepina	250 ml	sciropo	
N03AG01	Sodio valproato	200 mg	cpr	
N03AG01	acido valproico+sodio valproato	300mg	cpr r.p.	
N03AG01	acido valproico+sodio valproato	500mg	cpr r.p.	
N03AX09	Lamotrigina	25 mg	cpr	
N03AX09	Lamotrigina	50 mg	cpr	
N03AX09	Lamotrigina	100 mg	cpr	
N03AX10	Felbamato	400	cpr	
N03AX10	Felbamato	600	cpr	
N03AX10	Felbamato	230 ml	sosp.os	
N03AX11	Topiramato	50 mg	cpr	
N03AX11	Topiramato	100mg	cpr	
N03AX11	Topiramato	200mg	cpr	
N03AX12	Gabapentin	100 mg	cps	
N03AX12	Gabapentin	300 mg	cps	
N03AX12	Gabapentin	400 mg	cps	
N03AX14	Levetiracetam	100 mg/ml	fl	
N03AX14	Levetiracetam	1000 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA, PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON LA FORMA PARENTERALE
N03AX14	Levetiracetam	500 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA, PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON LA FORMA PARENTERALE
N03AX14	Levetiracetam	100mg/ml	sol.os	RICHIESTA NOMINATIVA, PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON LA FORMA PARENTERALE
N03AX16	Pregabalin	25 mg	cpr	SOLO PRESCRIZIONE DEI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E DEGLI SPECIALISTI DEL DSM PER L'INDICAZIONE AL TRATTAMENTO DEL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N03AX16	Pregabalin	75mg	cpr	SOLO PRESCRIZIONE DEI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E DEGLI SPECIALISTI DEL DSM PER L'INDICAZIONE AL TRATTAMENTO DEL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO
N03AX16	Pregabalin	150mg	cpr	SOLO PRESCRIZIONE DEI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E DEGLI SPECIALISTI DEL DSM PER L'INDICAZIONE AL TRATTAMENTO DEL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO
N03AX16	Pregabalin	300mg	cpr	SOLO PRESCRIZIONE DEI CENTRI DI TERAPIA ANTALGICA E DEGLI SPECIALISTI DEL DSM PER L'INDICAZIONE AL TRATTAMENTO DEL DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO
N04AA02	Biperidene cloridrato	4 mg	cp r.p.	
N04AA02	Biperidene lattato	2 mg	cp	
N04AA02	Biperidene lattato	5 mg	fl	
N04AB02	Orfenadrina cloridrato	50 mg	cpr	
N04BA02	Levodopa + Benserazide	200 mg+ 50 mg	cp	
N04BA02	Levodopa + carbidopa	100mg + 25mg	cp	
N04BA02	Levodopa + carbidopa	100mg + 25mg	cp r.m	
N04BA03	Levodopa+carbidopa+ entecapone	50mg+ 12,5mg+ 200mg	cpr	SOLO PER GLI SPECIALISTI NEUROLOGI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
N04BA03	Levodopa+carbidopa+ entecapone	75mg+ 18,75mg+ 200mg	cpr	SOLO PER GLI SPECIALISTI NEUROLOGI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
N04BA03	Levodopa + carbidopa+Entecapone	100mg+ 25mg+ 200mg	cpr	SOLO PER GLI SPECIALISTI NEUROLOGI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
N04BA03	Levodopa+carbidopa+ entecapone	125mg+ 31,25mg+ 200mg	cpr	SOLO PER GLI SPECIALISTI NEUROLOGI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N04BA03	Levodopa+carbidopa+ entecapone	150mg+ 37,5mg+ 200mg	cpr	SOLO PER GLI SPECIALISTI NEUROLOGI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
N04BA03	Levodopa+carbidopa+ entecapone	200mg+ 50mg+ 200mg	cpr	SOLO PER GLI SPECIALISTI NEUROLOGI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
N04BC02	Pergolide	1 mg	cpr	
N04BC04	Ropinirolo	0,25mg	cpr	
N04BC04	Ropinirolo	0,5mg	cpr	
N04BC04	Ropinirolo	1mg	cpr	
N04BC04	Ropinirolo	2mg	cpr	
N04BC04	Ropinirolo	5mg	cpr	
N04BC04	Ropinirolo	2mg	cp r.p.	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON LA NORMALE FORMULAZIONE
N04BC04	Ropinirolo	4mg	cp r.p.	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON LA NORMALE FORMULAZIONE
N04BC04	Ropinirolo	8mg	cp r.p.	RICHIESTA NOMINATIVA PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON LA NORMALE FORMULAZIONE
N04BC05	Pramipexolo	0,18 mg	cp	
N04BC05	Pramipexolo	0,7mg	cp	
N04BC07	Apomorfina	30mg/ml	fl penna	RICHIESTA NOMINATIVA SECONDO LIMITAZIONI AIFA
N04BC07	Apomorfina	50mg/ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA SECONDO LIMITAZIONI AIFA
N04BX02	Entacapone	200mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI PRESCRITTORI AUTORIZZATI
N05AA01	Clorpromazina	25mg	cpr	
N05AA01	Clorpromazina	100 mg	cpr	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N05AA01	Clorpromazina	50 mg	fl	
N05AA01	Clorpromazina	4%	gtt	
N05AA03	Promazina	50 mg	fl	
N05AA03	Promazina	4gr/100ml	gtt	
N05AB02	Flufenazina (decanoato)	25 mg	fl	
N05AB03	Perfenazina enantato	100 mg	fl	
N05AB03	Perfenazina	2 mg	cpr	
N05AB03	Perfenazina	4 mg	cpr	
N05AB03	Perfenazina	8 mg	cpr	
N05AD01	Aloperidolo	1 mg	cpr	
N05AD01	Aloperidolo	5 mg	cpr	
N05AD01	Aloperidolo	2 mg	fl	
N05AD01	Aloperidolo	5 mg	fl	
N05AD01	Aloperidolo	2mg/ml	gtt	
N05AD01	Aloperidolo	10mg/ml	gtt	
N05AD01	Aloperidolo decanoato	50 mg	fl	
N05AD01	Aloperidolo decanoato	150 mg	fl	
N05AE04	Ziprasidone	20 mg	cps	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU APPOSITO PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AE04	Ziprasidone	40 mg	cps	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU APPOSITO PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N05AE04	Ziprasidone	60 mg	cps	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU APPOSITO PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AF05	Zuclopentixolo	20mg/10ml	gtt	
N05AF05	Zuclopentixolo	50 mg/ml	fl	
N05AF05	Zuclopentixolo	200 mg/ml	fl rp	
N05AG02	Pimozide	4mg	cpr	
N05AH02	Clozapina	25 mg	cpr	
N05AH02	Clozapina	100mg	cpr	
N05AH03	Olanzapina	2,5 mg	cpr riv.	
N05AH03	Olanzapina	5 mg	cpr riv.	
N05AH03	Olanzapina	10 mg	cpr riv.	
N05AH03	Olanzapina	5mg	cpr orodisp	
N05AH03	Olanzapina	10mg	cpr orodisp	
N05AH03	Olanzapina	210mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AH03	Olanzapina	300mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N05AH03	Olanzapina	405mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AH04	Quetiapina	25mg	cpr	
N05AH04	Quetiapina	100mg	cpr	
N05AH04	Quetiapina	200mg	cpr	
N05AH04	Quetiapina	300mg	cpr	
N05AH04	Quetiapina	50 mg	cpr r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AH04	Quetiapina	150 mg	cpr r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AH04	Quetiapina	200mg	cpr r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AH04	Quetiapina	300 mg	cpr r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N05AH04	Quetiapina	400 mg	cpr r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AH05	Asenapina	5 mg	cpr subling.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AH05	Asenapina	10 mg	cpr subling.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AL07	Levosulpiride	50mg	cpr	USO TERRITORIALE
N05AL07	Levosulpiride	100mg	cpr	USO TERRITORIALE
N05AL07	Levosulpiride	25mg	fl	
N05AL07	Levosulpiride	50mg	fl	
N05AN01	Litio carbonato	150mg	cp	
N05AN01	Litio carbonato	300 mg	cp	
N05AX08	Risperidone	1mg	cp	
N05AX08	Risperidone	2 mg	cp	
N05AX08	Risperidone	3mg	cp	
N05AX08	Risperidone	4 mg	cp	
N05AX08	Risperidone	100 ml	gtt	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N05AX08	Risperidone	25 mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX08	Risperidone	37,5 mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX08	Risperidone	50 mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX09	Clotiapina	40 mg	cpr	
N05AX12	Aripiprazolo	5 mg	cpr	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX12	Aripiprazolo	10 mg	cpr	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N05AX12	Aripiprazolo	15 mg	cpr	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX12	Aripiprazolo	10 mg orodisp	cpr	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX12	Aripiprazolo	15 mg orodisp	cpr	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX12	Aripiprazolo	150 ml 1mg/ml	sol os	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX12	Aripiprazolo	7,5mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N05AX13	Paliperidone	3 mg	cpr r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX13	Paliperidone	6 mg	cpr r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX13	Paliperidone	9 mg	cpr r.p.	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX13	Paliperidone	50mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX13	Paliperidone	75mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N05AX13	Paliperidone	100mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05AX13	Paliperidone	150mg	fl	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E CENTRI UVA SU PIANO TERAPEUTICO CON INDICAZIONE DELLE MOTIVAZIONI CLINICHE DELLA SCELTA TERAPEUTICA
N05BA	Delorazepam	0.5 mg	cp	
N05BA	Delorazepam	1 mg	cpr	
N05BA	Delorazepam	2 mg	cpr	
N05BA	Delorazepam	5 mg1ml	fl	
N05BA	Delorazepam	1mg/ml	gocce	
N05BA01	Diazepam	5 mg/ml	gocce	
N05BA01	Diazepam	5 mg	cp	
N05BA01	Diazepam	10 mg	fl	
N05BA01	Diazepam	5mg	microclismi	
N05BA01	Diazepam	10 mg	microclismi	
N05BA06	Lorazepam	1 mg	cpr	
N05BA06	Lorazepam	2.5 mg	cpr	
N05BA06	Lorazepam	4mg	fl	
N05BA12	Alprazolam	0.5 mg	cp	
N05BA12	Alprazolam	1 mg	cp	
N05BA12	Alprazolam	2 mg	cp	
N05BA12	Alprazolam	0,75mg/ml	gocce	
N05CD05	Triazolam	0,125 mg	cpr	
N05CD05	Triazolam	0,25	cpr	
N05CD08	Midazolam	5 mg/1 ml	fl	
N05CD08	Midazolam	15 mg/3ml	fl	



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

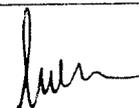
N06AA04	Clomipramina cloridrato	10 mg	cpr	
N06AA04	Clomipramina cloridrato	25 mg	cpr	
N06AA04	Clomipramina cloridrato	25 mg	cpr r.p.	
N06AA04	Clomipramina cloridrato	75 mg	cpr r.p.	
N06AA09	Amitriptilina	10 mg	cpr	
N06AA09	Amitriptilina	25 mg	cpr	
N06AA09	Amitriptilina	20 ml	gocce	
N06AB03	Fluoxetina	20mg	cps	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB04	Citalopram	20mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB04	Citalopram	40mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB05	Paroxetina	20mg	cpr rp	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB05	Paroxetina	10 mg/ml	gocce	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB06	Sertralina	20 mg/ml	sol. Or.	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB06	Sertralina	50 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB06	Sertralina	100 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB08	Fluvoxamina	50 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB08	Fluvoxamina	100 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB10	Escitalopram	10 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N06AB10	Escitalopram	20 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AB10	Escitalopram	15 ml	gocce	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA
N06AX11	Mirtazapina	15 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA PER PAZIENTI CON RESISTENZA AL TRATTAMENTO ANTIDEPRESSIVO DI 1° LIVELLO
N06AX11	Mirtazapina	30 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA PER PAZIENTI CON RESISTENZA AL TRATTAMENTO ANTIDEPRESSIVO DI 1° LIVELLO
N06AX11	Mirtazapina	30 mg	cpr orodisp.	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA PER PAZIENTI CON RESISTENZA AL TRATTAMENTO ANTIDEPRESSIVO DI 1° LIVELLO
N06AX16	Venlafaxina	37,5 mg	cps RP	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA PER PAZIENTI CON RESISTENZA AL TRATTAMENTO ANTIDEPRESSIVO DI 1° LIVELLO
N06AX16	Venlafaxina	75 mg	cps RP	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA PER PAZIENTI CON RESISTENZA AL TRATTAMENTO ANTIDEPRESSIVO DI 1° LIVELLO
N06AX16	Venlafaxina	150 mg	cps RP	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI DI NEUROLOGIA E PSICHIATRIA PER PAZIENTI CON RESISTENZA AL TRATTAMENTO ANTIDEPRESSIVO DI 1° LIVELLO

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N06AX21	Duloxetina	30 mg	cp	
N06AX21	Duloxetina	60 mg	cp	
N06DA02	donepezil cloridrato	5 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA02	donepezil cloridrato	10 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA02	donepezil cloridrato	5 mg	cpr. orodisp	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA02	donepezil cloridrato	10 mg	cpr. orodisp	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA03	Rivastigmina	4,6 mg /24h	cer	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA03	Rivastigmina	9,5/ 24 h	cer	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA03	Rivastigmina	1,5 mg	cps	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA03	Rivastigmina	3 mg	cps	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA03	Rivastigmina	6 mg	cps	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA03	Rivastigmina	4,5 mg	cps	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA04	Galantamina bromidato	8 mg	cps Rp	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA04	Galantamina bromidato	16 mg	cps Rp	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA04	Galantamina bromidato	24 mg	cps Rp	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N06DA04	Galantamina bromidato	4mg	cpr riv	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA04	Galantamina bromidato	8mg	cpr riv	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DA04	Galantamina bromidato	12mg	cpr riv	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DX01	memantina cloridrato	10 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N06DX01	memantina cloridrato	20 mg	cpr	SOLO SU PRESCRIZIONE DEGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI CENTRI UVA
N07AA01	Neostigmina (metilsolfato)	0,5 mg	fl	
N07AA02	Piridostigmina	60 mg	cpr	
N07BB	Metadoxina	500mg	cp	
N07BB	Metadoxina	300mg	fl	
N07BB	Sodio oxibato	17,5% 10ml	os sol	
N07BB	Sodio oxibato	17,5% 140ml	os sol	
N07BB01	Disulfiram	400mg	cp	
N07BB03	Acamprosato	333 mg	cp	SOLO PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI A TRATTAMENTO CON ALTRI P.A. A PIU BASSO COSTO PRESENTI IN PTOA E CON OBBLIGO DI RALAZIONARE A SEI MESI E AD UN ANNO SULLA VALIDITÀ DELL'UTILIZZO DELLA MOLECOLA
N07BB04	Naltrexone	50mg	cpr	
N07BC01	Buprenorfina	2 mg	cp sub	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI SERT
N07BC01	Buprenorfina	8 mg	cp sub	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI SERT
N07BC02	Metadone	20mg	os	
N07BC02	Metadone	0,1% 1000ml	flac	
N07BC02	Metadone	0,5% 1000ml	flac	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

N07BC51	Buprenorfina + naloxone	2mg+0,5mg	cp sub	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI SERT, PER I PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
N07BC51	Buprenorfina + naloxone	8mg+2mg	cp sub	PRESCRIZIONE LIMITATA AGLI SPECIALISTI AFFERENTI AI SERT, PER I PAZIENTI NON ELEGGIBILI AL TRATTAMENTO CON FARMACI PRESENTI IN PTOA A MINOR COSTO
N07CA01	Betaistina	8mg	cpr	
N07CA01	Betaistina	16mg	cpr	
N07XX02	Riluzolo	50 mg	cp	
P01AB02	Tinidazolo	500 mg	os	USO TERRITORIALE
P01BA01	Clorochina	250mg	cp	
P01BA02	idroxiclorochina	200 mg	cpr riv	USO TERRITORIALE
P01BC01	Chinina	250 mg	cpr	
P01BC01	Chinina	500mg	fl	
P01BC02	Meflochina	250mg	cp	
P01BD51	Sulfametopirazina+Pirimetamina	500 mg+25 mg	cpr	USO TERRITORIALE
P01CX01	Pentamidina	300mg	fl	
P02CA01	Mebendazolo	100mg	cpr	
P02CA01	Mebendazolo	20mg/ml	sosp	
P02CC01	Pirantel	30 ml/5%	os	USO TERRITORIALE
P02DA01	Niclosamide	500 mg	cp	
P03AC04	Permetrina	5%	crema	USO TERRITORIALE
R01AC01	Acido cromoglicico	4%	spray	SOLO IN DIMISSIONE
R01AD04	Flunisolide	24 ml	spray nas	
R01AX10	Argento proteinato	0,5%	gocce	
R02AA02	Dequalinio cloruro	0,5g 10ml	tint. esterna	
R03AC02	Salbutamolo	0,5%	sol nebul	
R03AC02	Salbutamolo	2,5 mg/ml	fl	



P.T.O.A. ASL NA 3 sud

R03AC02	Salbutamolo	200 mcg	aerosol dosato	
R03CC02	Salbutamolo	100 mcg/ml	fl	
R03CC02	Salbutamolo	500 mcg/ml	fl	
R03CC02	Salbutamolo	200ml	sciropo	
R03AC12	Salmeterolo	25 mcg	spray	
R03AK07	Budesonide + formoterolo	320/9mcg	spray	
R03BA01	Beclometasone	2ml	fl aerosol	
R03BA05	Fluticasone	50 mcg	spray	SOLO PER PAZIENTI IN DIMISSIONE E/O AMBULATORIALI
R03BA05	Fluticasone	125 mcg	sosp. Inal.	SOLO PER PAZIENTI IN DIMISSIONE E/O AMBULATORIALI
R03BB01	Ipratropio bromuro	2ml	fl aerosol	
R03BB04	Tiotropio bromuro	18 mcg	cps inalatorie	
R03CA02	Efedrina	25mg	fl	
R03DA04	Teofillina	200 mg	cps	
R03DA04	Teofillina	300 mg	cps	
R03DA04	Teofillina	0,67%	sol. Os	
R03DA05	Aminofillina	240 mg	fl	
R03DA11	Doxofillina	400 mg	cp	
R03DA11	Doxofillina	20 mg/ml	fl	SOLO PER PAZIENTI INTOLLERANTI AL P.A. AMINOFILLINA
R05CB01	Acetilcisteina	300 mg	fl	
R05CB02	Bromexina cloridrato	0,20%	sol aeros	
R05CB06	Ambroxolo	15 mg	fl per aerosol	
R05CB06	Ambroxolo	0,75%	gocce	
R05CB06	Ambroxolo	3mg/ml	scir	
R05CB13	Desossiribonucleasi	2500 U.I.	fl	SOLO PER PAZIENTI AFFETTI DA FIBROSI CISTICA
R05DA	Diidrocodeina	15g	gocce	DA UTILIZZARSI SECONO LE LIMITAZIONI AIFA
R05DB27	Levodropropizina	60mg	gocce	DA UTILIZZARSI SECONO LE LIMITAZIONI AIFA
R06AB04	Clorfenamina	10 mg/ml	fl	
R06AD02	Prometazina	50mg	fl	
R06AE06	Oxatomide	2,5%	gocce	
R06AE07	Cetirizina	10 mg	cpr	RICHIESTA NOMINATIVA DA UTILIZZARSI SECONO LE LIMITAZIONI AIFA

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

R07AA	Ambroxolo	1 gr	fl	
R07AA02	Poractant alfa (surfactant)	80 mg/ml	flac	
S01AA12	Tobramicina	0,3%	coll	SOLO PER PAZIENTI PEDRIATICI
S01AA13	Acido fusidico	1%	gtt oft monod	
S01AA23	Netilmicina solfato	0,3%	coll monodose	
S01AA30	Tetraciclina + sulfametiltiazolo	1%+5%	ung.oft	
S01AA30	Cloramfenicolo + Colistimetato sodio + rolitetraciclina	0,4g+18MUI+ 0,5g/100ml	coll	USO AMBULATORIALE
S01AA30	Cloramfenicolo + Colistimetato sodio + tetraciclina	1g+18MUI+ 0,5g/100mg	ung.oft	
S01AE01	Ofloxacina	0,3%	coll	
S01AE01	Ofloxacina	0,3%	ung.oft	
S01AE03	Ciprofloxacina	0,3%	coll	
S01AE04	lomefloxacina	0,3%	coll	
S01AE05	Levofloxacina	0,5%	coll monodose	
S01AX18	iodopovidone	5%	sol oft monodose	
S01BA01	Desametasone fosfato sodico	0,15%	coll monodose	
S01BA07	Fluorometolone	0,10%	coll	
S01BA09	Clobetasone	0,1%	coll	
S01BB02	Prednisolone + atropina solfato + fenilefrina	660mg+ 50mg+ 500mg	coll	
S01BC03	Diclofenac	0,1%	coll monodose	
S01BC04	Flurbiprofene	0.3mg/ml	coll monodose	
S01BC05	ketorolac	0,5%	coll	
S01CA01	Cloramfenicolo + desametasone	0,5%+0,2%	coll monodose	
S01CA01	Desametasone + tobramicina	0,1%+0,3%	coll	
S01CA01	Desametasone + netilmicina	0,1%+0,3%	coll monodose	
S01CA05	Betametasone + Cloramfenicolo	0,2%+0,5%	coll	
S01CA05	Betametasone + Cloramfenicolo	5 gr	ung. Oft.	
S01CA10	Fluocinolone acetone+ neomicina solfato	0,04%+0,5%	coll	
S01EB01	Pilocarpina	1%	Collirio	
S01EB01	Pilocarpina	2%	Collirio	
S01EB01	Pilocarpina	4%	Collirio	
S01EB09	Acetilcolina cloruro	20 mg	fl	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

S01EC01	Acetazolamide	250 mg	cp	
S01EC02	Diclofenamide sale sodico	50 mg	cp	
S01ED01	Timololo (maleato)	0.25%	coll monodose	
S01ED01	Timololo (maleato)	0.5 %	coll monodose	
S01ED51	Dorzolamide cloridrato+ Timololo maleato	2%+0,5%	coll	
S01EE01	Latanoprost	50mcg/ml	coll	
S01EE03	Bimatoprost	0,3 mg/ml	coll	RICHIESTA NOMINATIVA SOLO PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI CON P.A. PRESENTI IN PTOA A PIU BASSO COSTO
S01EE04	Travoprost	40 mcg/ml	collirio	RICHIESTA NOMINATIVA SOLO PER PAZIENTI NON ELEGGIBILI CON P.A. PRESENTI IN PTOA A PIU BASSO COSTO
S01EX02	Dapiprazolo	0,50%	coll	
S01FA01	Atropina	0,50%	coll	
S01FA01	Atropina	1%	coll	
S01FA01	Atropina	1%	pom	
S01FA04	Cicloptololato	1%	coll.	
S01FA06	Tropicamide	0,5%	coll monodose	
S01FA06	Tropicamide	1%	coll monodose	
S01FA56	Tropicamide + fenilefrina	0,28mg+5,4mg	inserto oftalmico	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA PER PAZIENTI NON TRATTABILI CON GLI STESSI PRINCIPI ATTIVI PRESENTI IN PTOA A PIU BASSO COSTO
S01FA56	Tropicamide + fenilefrina	500mg+10g/100ml	coll	
S01FB01	Fenilefrina cloridrato	36%	coll	
S01GX02	Levocabastina	0.5 mg/ml	coll	USO TERRITORIALE
S01HA02	Oxibuprocaina	0.4%	coll monodose	
S01LA01	Verteporfina	15 mg	fi	RICHIESTA NOMINATIVA CON ANNESSA VALUTAZIONE FARMACOECONOMICA RISPETTO AD ALTRI FARMACI PRESENTI IN PTOA
S01LA03	Pegaptanib	0,3mg	fi	RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA
S01XA08	Acetilcisteina	5%	coll	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

S01XA20	acido ialuronico sale sodico	0,2%	coll monodose	USO TERRITORIALE
S01XA20	acido ialuronico sale sodico	0,4%	fl	RICHIESTA NOMINATIVA
S02AA	tobramicina	0,3%	gtt. oto	
S02AA30	Polimixina + neomicina + lidocaina	1MUI+0,5g+ 4g/100ml	gtt oto	
S02CA05	Fluocinolone acetone + neomicina	0,025%+ 325000UI/ 100ml	gtt oto	
S02CA06	Desametasone + tobramicina	0,1%+0,3%	gtt oto	
V03AB01	Ipecacuana	7%	scir	
V03AB04	Pralidossima metilsolfato	200 mg	fl	
V03AB06	sodio tiosolfato (Terra di Fuller)	10%	fl	
V03AB14	Protamina solfato	50 mg	fl	
V03AB15	Naloxone	0.04 mg	fl	NEONATALE
V03AB15	Naloxone	0.4 mg	fl	
V03AB17	Metiltionina -blu di metilene	50mg	fl	
V03AB17	Metiltionina -blu di metilene	100mg	fl	
V03AB25	Flumazenil	0.5 mg	fl	
V03AB25	Flumazenil	1 mg	fl	
V03AB32	Glutazione	600 mg	fl	
V03AB35	Sugammadex	100mg/ml	fl	RICHIESTA NOMINATIVA SOLO PER TERAPIA INTENSIVA
V03AC01	Deferoxamina mesilato	500 mg	fl	USO TERRITORIALE
V03AC01	Deferoxamina mesilato	2gr	fl	USO TERRITORIALE
V03AC02	Deferiprone	500 mg	cpr	USO TERRITORIALE
V03AC02	Deferiprone	1000 mg	cpr	USO TERRITORIALE
V03AC02	Deferiprone	100 mg/ml	fl os	USO TERRITORIALE
V03AE01	Polistirene sulfonato di sodio	453,6gr	flac polv	
V03AE02	Sevelamer	2,4g	bust	
V03AE02	Sevelamer	800 mg	cpr	
V03AE03	Lantanio carbonato idrato	500mg	cpr	
V03AE03	Lantanio carbonato idrato	750mg	cpr	
V03AE03	Lantanio carbonato idrato	1000mg	cpr	
V03AF01	Mesna	400 mg	fl	
V03AF02	Dexrazoxano	500 mg	fl	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

V03AF03	Calcio folinato	50mg	fl	
V03AF04	Calcio levofolinato	25 mg	fl	
V03AF04	Calcio levofolinato	175 mg	fl	
V03AF05	Amifostina	500 mg	fl	
V03AF07	Rasburicase	7,5 mg	fl	
V03AH01	Diazossido	25mg	cp	
V03AH01	Diazossido	100 mg	cp	
V04CH02	Sodio indigotindisolfonato (indigo carmine)	40mg	fl	
V04CX	Metacolina	1%	fl	
V04CX	Fluoresceina sodica	1 gr	fl	
V07AB	acqua per preparazioni iniettabili	10 ml	fl	
V07AB	acqua per preparazioni iniettabili	100 ml	fl	
V07AB	acqua per preparazioni iniettabili	250 ml	fl	
V07AB	acqua per preparazioni iniettabili	500 ml	fl	
V07AB	acqua per preparazioni iniettabili	1000 ml	fl/sacca	
V07AB	acqua per preparazioni iniettabili	2000 ml	sacca	
V07AB	acqua per preparazioni iniettabili	3000 ml	sacca	
V07AB	acqua per preparazioni iniettabili	5000 ml	sacca	
V07AC	Sodio citrato	3,8 %	fl	
V08AA01	Sodio amidotrizoato +meglumina amidotrizoato	10g+66g/ 100 ml	sol. Os - rettale	
V08AB02	loexolo	300 mg l/ml 50ml	fl	
V08AB02	loexolo	350 mg l/ml 200 m l	fl	
V08AB02	loexolo	350 mg l/ml 500 m l	fl	
V08AB04	lopamidolo	370 mg/ml 50 ml	fl	
V08AB04	lopamidolo	370 mg/ml 100 ml	fl	
V08AB04	lopamidolo	370 mg/ml 200 ml	fl	
V08AB04	lopamidolo soluzione os clisma	12,5 g 300/20ml	clisma	
V08AB04	lopamidolo soluzione os clisma	30,62 g 300/50ml	clisma	
V08AB05	lopromide	300 mg l/ml 100 ml	fl	
V08AB05	lopromide	370 mg l/ml 100 ml	fl	

P.T.O.A. ASL NA 3 sud

V08AB05	lopromide	370 mg l/ml 500 ml	fl	
V08AB09	Iodixanolo	320mg/100ml	fl	SOLO PER CARDIO ANGIOGRAFIA
V08AB09	Iodixanolo	320mg/500ml	fl	SOLO PER CARDIO ANGIOGRAFIA
V08AB10	lomeprolo	350mg l/ml 100ml	fl	
V08AB10	lomeprolo	350mg l/ml 250ml	fl	
V08AB10	lomeprolo	400mg l/ml 250ml	fl	
V08AB10	lomeprolo	400mg l/ml 500ml	fl	
V08AB11	lobitridolo	300mg l/ml 50ml	fl	
V08AB11	lobitridolo	300mg l/ml 100ml	fl	
V08AB11	lobitridolo	350mg l/ml 100ml	fl	
V08AB11	lobitridolo	350mg l/ml 500ml	fl	
V08BA01	Bario solfato con sostanze sospendenti	340 g	sospensione per os	
V08BA01	Bario solfato con sostanze sospendenti	113% 250ml	sospensione per os	
V08BA01	Bario solfato con sostanze sospendenti	60% 250ml	sospensione per os	
V08BA01	Bario solfato con sostanze sospendenti	60% 2500ml	sospensione per os	
V08BA01	Bario solfato con sostanze sospendenti	94% 400 gr	sospensione rettale	
V08BA01	Bario solfato con sostanze sospendenti per TAC	4,92% 225 ml	sospensione per os	
V08DA05	Esafluoruro di zolfo polvere + solvente	8 mg	fl	

**GUIDA PER LA PREDISPOZIONE DELLA RICHIESTA DI INSERIMENTO DI NUOVO
PRINCIPIO ATTIVO NEL PRONTUARIO TERAPEUTICO AZIENDALE**
(conforme al modello RAP DGRC 665 del 08/10/2010)

Requisiti indispensabili ai fini della presentazione alla Commissione PTOA
della richiesta di inserimento

Medico richiedente: _____

Unità Operativa: _____

Presidio Ospedaliero: _____

e-mail: _____

Telefono: _____

A) Informazioni generali

- principio attivo
- classificazione ATC
- confezioni disponibili
- prezzi al pubblico ed ex factory
- stati registrativi
- vie di somministrazione

B) Indicazioni terapeutiche da AIC

Allegare la scheda tecnica aggiornata del prodotto

C) Motivazioni della richiesta

1. Inquadramento epidemiologico della patologia di interesse per cui è richiesto l'inserimento del farmaco.
2. Comparazione con eventuali trattamenti già disponibili e valutazione dei reali vantaggi nell'utilizzo del trattamento proposto.
3. Linee guida di trattamento esistenti: sintesi delle principali linee guida nazionali ed internazionali o di riconosciute società scientifiche .
4. Breve descrizione della classe terapeutica di appartenenza e del meccanismo d'azione; eventuali differenze/ peculiarità a livello farmacodinamico e/o farmacocinetico rispetto ai composti appartenenti alla stessa classe terapeutica; dosaggio e modalità di somministrazione.



5. Evidenze disponibili sui dati di efficacia: riassunto di dati di efficacia derivanti dagli studi registrativi e dai principali studi clinici randomizzati.
6. Sicurezza del principio attivo: sintesi dei dati di sicurezza derivanti dagli studi registrativi e dai principali studi clinici randomizzati. Informazioni su eventuali Dear Doctor Letters emanate da autorità regolatorie (FDA, EMA, AIFA).
7. Costo della terapia: utilizzare sia i prezzi al pubblico sia ex factory. Comparazione con i trattamenti già disponibili.
8. Valutazioni farmaco-economiche: riassunto delle valutazioni farmaco-economiche presenti in letteratura (cost-effectiveness, cost-utility, cost-benefit, cost minimization). Gli studi devono essere riportati sinotticamente in formato tabellare e commentati.
9. Popolazione target: effettuare una stima del numero di pazienti potenzialmente eleggibili al nuovo trattamento, al fine di calcolarne l'impatto sulla spesa regionale.
10. Analisi dei costi dell'impatto organizzativo (costi delle alternative, potenziale impatto di budget etc) effettuata con la sola analisi dei costi della nuova terapia farmacologica vs. il farmaco in comparazione.

Elenco riferimenti bibliografici allegati

Elenco generale documentazione allegata

Data _____

Timbro e firma del Direttore Dell'Unita' Operativa



U.O. **DATA**

ASSISTITO **CARTELLA CLINICA N°**

DIAGNOSI: PATOLOGIA DI BASE

ALTRA PATOLOGIA

SEDE D'INFEZIONE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CUTE E TESSUTI MOLLI _____ | <input type="checkbox"/> INFEZIONE VIE URINARIE _____ |
| <input type="checkbox"/> INFEZIONE POST-CHIRURGICA: _____ | <input type="checkbox"/> BATTEREMIA _____ |
| <input type="checkbox"/> POLMONITE _____ | <input type="checkbox"/> ENDOCARDITE _____ |
| <input type="checkbox"/> PERITONITE _____ | <input type="checkbox"/> ALTRE INFEZIONI _____ |

LINEZOLID SACCA INF. 600 mg CPR 600 mg

MEROPENEM FL EV 500/1000 mg

TEICOPLANINA FL 200 mg

LEVOFLOXACINA CPR 250/500 mg FL 500 mg

DOSAGGIO..... **DOSE PRO DIE**.....

DURATA PREVISTA: 1° TRATTAMENTO X gg..... PROSECUZIONE X gg.....

1° scelta 2° scelta 3° scelta

SE 2°/3° scelta antibiotico/i utilizzato/i in precedenza..... **iniziato/i il** .../.../.....

Motivazione della scelta terapeutica:

- Intolleranza ad altri antibiotici attivi. Quali?.....
- Fallimento clinico opzioni terapeutiche precedenti. Quali?.....
- Scelta necessaria dal punto di vista microbiologico (**ALLEGARE COPIA REFERTO MICROBIOLOGICO**).....
- Scelta necessaria dal punto di vista clinico.....
- Altro (*specificare*).....

Antibiotico/i eventualmente associato/i.....

Prescrizione su consulenza dell'infettivologo NO Si

Se, si specificare..... **Data**.....

Data

IL MEDICO

(timbro e firma)



U.O. DATA.....

ASSISTITO.....

DIAGNOSI.....

CARTELLA CLINICA N°.....

(Allegare eventuale referto del laboratorio analisi)

Richiesta proveniente da

- Medico di reparto
- Consulenza dello specialista.....
- Proseguimento terapia domiciliare non altrimenti sostituibile

PRINCIPIO ATTIVO..... FORMA FARMACEUTICA.....

DOSAGGIOPRO DIE.....

DURATA PREVISTA DEL TRATTAMENTO.....

Data

IL MEDICO

(timbro e firma)

.....

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

Si consegna Unità.....

Quantità.....

Motivazione della mancata evasione

Firma di chi ritira Il Farmacista



SERVIZIO DI FARMACIA INTERNA P.O.

Data _____ U.O. _____

**MODULO RICHIESTA MOTIVATA ENOXAPARINA
IN PROFILASSI**

Paziente _____

Cartella Clinica n.° _____

Dosaggio _____ /die N.° Fiale _____

Inizio Terapia _____

- 1 **Profilassi delle trombosi venose profonde (TVP), nei pazienti ad elevato rischio, in chirurgia generale e in chirurgia ortopedica e in pazienti non chirurgici allettati.**
- 2 **Prevenzione della coagulazione in corso di emodialisi**

Motivazione della scelta

(in caso di prescrizione con indicazioni sovrapponibili a p.a. presenti in P.T.O.A. a più basso costo)

Il Responsabile della U.O.
Timbro e firma

Il Medico Prescrittore
Timbro e firma



Piano Terapeutico per la prescrizione di Antipsicotici Atipici

(Aripiprazolo, Olanzapina fl, Paliperidone, Quetiapina R.P., Risperidone fl, Ziprasidone, Asenapina)

Trattamento dei pazienti afferenti a DSM e/o UVA

Nome e Cognome dell'Assistito.....(Iniziali del paziente dove previsto)

Età..... data di nascita.....

C.F.

Sesso: M F N° Tessera Sanitaria:

ASL di residenza dell'Assistito.....

Provincia.....Regione

Medico Curante.....

ANTIPSIOTICO ATIPICO PRESCRITTO	Forma farmaceutica	dosaggio	posologia

EVENTUALI ALTRI FARMACI ASSUNTI			

DIAGNOSI:.....

.....

.....

Motivazioni della scelta terapeutica.....

.....

Durata prevista del trattamento ⁽²⁾.....

.....

Prima prescrizione Prosecuzione della cura

Programmazione eventuali successivi controlli.....

Data

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE⁽³⁾ TIMBRO CENTRO AUTORIZZATO

.....

- 1) Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio di Farmacia dell'ASL ed al medico curante che ha in carico l'Assistito, la terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.
- 2) Nel caso in cui il Medico modifichi in aumento la posologia, deve inviare una nuova scheda.
- 3) I dati identificativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.

U.O. **DATA**

ASSISTITO Cartella clinica n°

Peso (kg) Protidemia tot. gr/dl: (eseguita il:)

Albuminemia gr/dl: (eseguita il:)

(Rendere ostensibile il referto del laboratorio analisi)

ALBUMINA UMANA 20 - 25 % FL 50ml - n. flaconi/die

gg di trattamento

MOTIVAZIONI CLINICHE APPROPRIATE PER LA RICHIESTA DI ALBUMINA
 (barrare l'indicazione)

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Shock ipovolemico non responsivo all'uso combinato di cristalloidi e colloid |
| <input type="checkbox"/> Plasmaferesi terapeutica > 20 ml/kg/settimana |
| <input type="checkbox"/> Enteropatie proteino-disperdenti con diarrea = 2 l/die e Albumina < 2 gr/dl |
| <input type="checkbox"/> Trapianto epatico con albuminemia minore di 2,5 gr/dl ED Ht > 30% |
| <input type="checkbox"/> Cirrosi epatica con paracentesi evacuativa > 4L |
| <input type="checkbox"/> Interventi di chirurgia maggiore (cardiochirurgia) non responsivi all'uso combinato di cristalloidi e colloid |
| <input type="checkbox"/> Sindrome nefrosica severa proteino-dipendente con edema massivo e indizi di ipovolemia in associazione a terapia diuretica |
| <input type="checkbox"/> Ustione grave in presenza di controindicazioni per l'uso dei colloid non proteici |
| <input type="checkbox"/> Ipoalbuminemia grave e/o iperbilirubinemia grave del neonato |
| <input type="checkbox"/> Sindrome proteino-disperdente con albuminemia <2,5 g/dl |
| <input type="checkbox"/> Peritonite batterica spontanea |

CALCOLO DELLA QUANTITA' DI ALBUMINA DA SOMMINISTRARE PER CORREGGERE I LIVELLI PLASMATICI DI ALBUMINA

L'ipoalbuminemia (<2,0-2,5 g/dl) senza ipoprotidemia (P.t.>5,0 g/dl) non causa problemi di ipovolemia o edemi; in tal caso non è indicata la somministrazione di albumina. Poiché l'albumina ha una emivita di 21 gg, in assenza di una sindrome proteino-disperdente, è razionale la somministrazione di una dose (frazionata in una o più somministrazioni) necessaria a riportare i valori dell'albuminemia a 2,5-3,0 g/dl.

DOSE (in g) = [albuminemia desiderata(g/L)-albuminemia attuale(g/L)] x volume plasmatico (0,04L/kg) x 2 (se disponib. Albuminemia)

DOSE (in g) = [protidemia desiderata(g/L)-protidemia attuale(g/L)] x volume plasmatico (0,04L/kg) x 2 (se disponib. Protidemia totale)

ALBUMINA NECESSARIA (g)

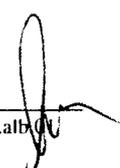
N. confezioni al ____ % da ____ ml

Data

IL MEDICO

(timbro e firma)

.....

Mod.alb01


MODULO RICHIESTA CARDIOXANE PER ONCOLOGIA

INDICAZIONE: Prevenzione della cardiotoxicita' cronica cumulativa causata dall'uso di doxorubicina o epirubicina in pazienti affetti da tumore avanzato e/o metastatico dopo terapia con antracicline.

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME E NOME	N. FIALE PER PAZIENTE	DATA PREVISTA PER LA SOMMINISTRAZIONE

DESCRIZIONE	AIC	COD PROD	TOTALE FIALE
<input type="checkbox"/> CARDIOXANE IV FL 500MG	028223016	420245	FL _____



SPAZIO RISERVATO PER APPORRE LE FUSTELLA DEL MEDICINALE

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO: _____

PARTE RISERVATA ALLA FARMACIA

N. FIALE CONSEGNATE DATA CONSEGNA

firma di chi ritira firma Farmacista

h

regione campania
aslnapoli3sud

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud
Via Marconi, 66 - 80059 Torre del Greco (NA)
P.I.C.F. - N°02949771212
U.O.C. Farmacia
OO.RR.

Unità Operativa Complessa di Farmacia

RICHIESTA TENECTEPLASE (METALYSE)
(INSERITO IN PTOA CON NOTA: RICHIESTA NOMINATIVA MOTIVATA)

U.O.C. RICHIEDENTE

COGNOME E NOME DEL PAZIENTE

N° ACCETTAZIONE PRONTO SOCCORSO O N° CARTELLA CLINICA.....

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA PRATICATO L'INIEZIONE:

.....

SI RICHIEDE N. FIALE DI METALYSE PER RIPRISTINO SCORTA.

IL CAPOSALA

DATA

.....

SPAZIO RISERVATO ALLA FARMACIA

SI CONSEGNA N. FIALE IN DATA

IL FARMACISTA

RITIRA :



Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE SUPPLENTE
(Sig.ra. Angela De Rosa)

Angela De Rosa

TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 15259 in data 07 MAR. 2013

TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. _____ in data _____

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

IL FUNZIONARIO

A

6 MAR. 2013

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA _____ A:

DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA	SERV. PROGR. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
COLLEGIO SINDACALE	SERV.PSICOL.INTEG. DONNA E BAMB.	
SERV. GABINETTO	SERV. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	
SERV. AFFARI GENERALI	SERV. RISK MANAGEMENT	
SERV. AFFARI LEGALI	COORD.TO COMITATO ETICO	
SERV. ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
SERV. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	COORD.TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
SERV. ASSISTENZA DISTRETTUALE	COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
SERV. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
SERV. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
SERV. ASSISTENZA SANITARIA	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
SERV. CONTROLLO DI GESTIONE	DISTRETTO N. 34	
SERV. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DISTRETTO N. 48	
SERV. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 49	EX A.S.L. NA 4
SERV. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 50	
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP.	DISTRETTO N. 51	SERV. FASCE DEBOLI
SERV. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TERR.	DISTRETTO N. 52	SERV. PATOLOGIA CLINICA
SERV. GEST.TECN.SISTEMI INFORMAT	DISTRETTO N. 53	
SERV. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 54	EX A.S.L. NA 5
SERV. MATERNO INFANT. DISTRET.	DISTRETTO N. 55	
SERV. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	DISTRETTO N. 56	SERV. ASSISTENZA OSPEDALIERA
SERV. PREVENZIONE E PROTEZIONE	DISTRETTO N. 57	