

# MEDICINALI PRESCRIVIBILI SU PRESENTAZIONE DI PIANO TERAPEUTICO

a cura della S.C. FARMACIA TERRITORIALE ASLVCO-Omegna (VB)

**PRINCIPIO ATTIVO      ATC      DESCRIZIONE\_MEDICINALE      NOTA**

Albumina	B05AA01	ALBITAL*1FL 50ML 25G/100ML+SET	15
		ALBUMINA GRIFOLS fl ev 20% da 50-100ml	
		ALBUMINA UMANA BAXTER fl ev 50ML da 20% - 25%	
		ALBUMINA UMANA BEHRING*IV 50ML20%	
		ALBUMINA UMANA IMMUNO*50ML da 20%-25%	
		ALBUREX*INFUS 1FL 50ML 25%	
		ALBUTEIN*IV FL 50ML da 20% -25%	
		UMAN ALBUMIN*FL da 50ML 20% - 25% o 100ML 20%	
Aliskiren *	C09XA52	RASILEZ*150-300 MG 28 CPR	PIANO INFORMATIZZATO MONITORAGGIO AIFA
Anastrozolo	L02BG03	ARIMIDEX*1MG 28 CPR	
Apraclonidina <sup>(3)</sup>	S01EA03	IOPIDINE*SOLUZ OFT FL 5ML 0,5%	78
Aripiprazolo	N05AX12	ABILIFY*28CPR 5MG-10MG-25MG	
Atomoxetina	N06BA09	STRATTERA*10MG 7-28 CPR; 18MG 7-28 CPR; 25MG 7-28 CPR; 40MG 7-28 CPR; 60MG 28 CPR	
Bimatoprost	S01EE03	LUMIGAN*COLL FL 3ML	
Brimonidina <sup>(3)</sup>	S01EA05	ALPHAGAN*COLL FL 5ML	78
Brinzolamide <sup>(3)</sup>	S01EC04	AZOPT*COLL 1FL 5ML 10MG/ML	
Buserelina *	L02AE01	SUPREFACT*INIET 1F 5,5ML	51
		SUPREFACT DEPOT*1SIR 6,3MG	
		SUPREFACT DEPOT 3*1SIR 9,9MG	
		SUPREFACT NASALE*FLC 10G 0,1mg/erog	
Cabergolina <sup>(1)</sup>	N04BC06	CABASER*1MG 20 CPR	
		CABASER*2MG 20 CPR	
Cinacalcet	H05BX01	MIMPARA*28 CPR 30-60-90 MG	
		PARAREG*28 CPR 30-60-90 MG	
Clopidogrel	B01AC04	PLAVIX*75MG 28 CPR RIV.	
Clozapina *	N05AH02	CLOZAPINA*28 CPR 100 MG	
		CLOZAPINA*28 CPR 25 MG	
		LEPONEX*100 MG 28 CPR	
		LEPONEX*25 MG 28 CPR	
Darbepoetina alfa *	B03XA02	ARANESP*SC 1PEN o 1SIR da 10-20-30-40-50-60-80-100-150-300-500 MCG	12
		NESPO*SC 1PEN o 1SIR da 10-20-30-40-50-60-80-100-150-300-500 MCG	
Deferoxamina *	V03AC01	DEFERAL*IN 500MG/5ML10F+10F	
Desmopressina	H01BA02	EMOSINT*INIETT.10F 20 MCG/ML	
Donepezil *	N06DA02	ARICEPT*28CPR RIV 5-10MG	85
		MEMAC*28CPR RIV 5-10MG	

**MEDICINALI PRESCRIVIBILI SU  
PRESENTAZIONE DI PIANO TERAPEUTICO**  
a cura della S.C. FARMACIA TERRITORIALE ASLVCO-Omegna (VB)

PRINCIPIO ATTIVO	ATC	DESCRIZIONE_MEDICINALE	NOTA
Dorzolamide <sup>(3)</sup>	S01EC03	TRUSOPT*OFT FL 5ML 2% OCUMETER	78
Entacapone *	N04BX02	COMTAN 200*100 CPR 200 MG	
Epoetina alfa *	B03XA01	EPREX*1SIR da 1000-2000-3000-4000-5000-6000-8000-10000UI	12
Epoetina beta *		NEORECORMON*IV SC 1SIR da 1000-2000-3000-4000-5000-6000-8000-10000-20000-30000UI	
Epoetina zeta *		RETACRIT*IV SC 1SIR da 1000-2000-3000-4000-8000-10000-20000-30000-40000UI	
Exemestane	L02BG06	AROMASIN*30CPR RIV 25MG	
Exenatide *	A10BX04	BYETTA*SC 1PEN 1,2ML 5MCG; 1PEN 2,4ML 10MCG	PIANO INFORMATIZZATO MONITORAGGIO AIFA
Filgrastim *	L03AA02	GRANULOKINE 30*1SIR 30MU 0,5ML	30
		NEUPOGEN 30*1SIR 30MU 0,5ML	
Follitropina alfa *	G03GA05	GONAL F 150*SC 10F 150UI+10F 1	74
		GONAL F*SC 1FL-5FL-10FL 75UI	
		GONAL F* 1050UI/1,75ML	
		GONAL F*SC 1PEN 300UI - 450UI - 900UI	
Follitropina alfa / lutropina *	G03GA30	PERGOVERIS*SC FL 150UI/75UI	
Follitropina beta *	G03GA06	PUREGON*IM SC 1FLC 50-100UI	
		PUREGON*IM SC 5FLC 50-100-200UI	
		PUREGON*SC 1CART 300-600-900UI	
Galantamina *	N06DA04	REMINYL*56CPR RIV 4-8-12MG	85
Gonadorelina	H01CA01	KRYPTOCUR*SPR NAS 2FL10G+2ER	
Gonadotropina umana della menopausa (menotropina) *	G03GA02	MENOGON*IM 10F	74
		MEROPUR*INIET 5F (o 10F) 75UI+ 5F (o 10F) 75UI	
Goserelina *	L02AE03	ZOLADEX 10,8*SC SIR DEPOT 10,8	51
		ZOLADEX 3,6*SC 1SIR DEPOT 3,6M	
Imiquimod *	D06BB10	ALDARA*CREMA 5% 12 BUSTINE	
Insulina detemir	A10AE05	LEVEMIR*FLEX 5PEN 3ML 100UI/ML	
Interferone alfa *	L03AB01	ALFAFERONE*1F 1ML da 1-3-6MUI	32
		ALFATER*IM SC F 1ML da 3-6MUI	
		BIAFERONE*FSIR 1ML da 3-6MUI	
Interferone alfa-2a *	L03AB04	ROFERON A*SC 1SIR da 3-6-9MUI/0,5ML	
Interferone alfa-2b *	L03AB05	INTRONA*SC IV 1PEN da 18-30MUI+12KIT	
		INTRONA*SC IV 1FL da 10-18-25MUI	
Interferone alfacon-1	L03AB09	INFERGEN*INIET 1F 9MCG+SIR+2AG	

## MEDICINALI PRESCRIVIBILI SU PRESENTAZIONE DI PIANO TERAPEUTICO

a cura della S.C. FARMACIA TERRITORIALE ASLVCO-Omegna (VB)

**PRINCIPIO ATTIVO      ATC      DESCRIZIONE\_MEDICINALE      NOTA**

Ivabradina *	C10EB17	CORLENTOR*56CPR RIV 5MG ALL/PV	PIANO INFORMATIZZATO MONITORAGGIO AIFA
		CORLENTOR*56CPR RIV 7,5MG ALL/	
		PROCORALAN*56CPR RIV 5MG ALL/P	
		PROCORALAN*56CPR RIV 7,5MG ALL	
Lamivudina	J05AF05	ZEFFIX*28CPR RIV 100MG	
		ZEFFIX*OS FL 240ML 5MG/ML	
Lanreotide *	H01CB03	IPSTYL*SC SIR 30-60-90-120MG	40
Latanoprost	S01EE01	XALATAN*GTT OFT 1FL 0,005% 2,5	78
Leflunamide	L04AA13	ARAVA*30CPR RIV 20MG	
		ARAVA*3CPR RIV 100MG	
Lenograstim *	L03AA10	GRANOCYTE 34*1F 33,6MIU+F 1ML	30
		MYELOSTIM 34*1F 33,6MIU+F 1ML	30
Letrozolo	L02BG04	FEMARA*2,5MG 30 CPR RIV.	
Leuprorelina *	L02AE02	ENANTONE*IM SC FL+SIR 11,25MG/	51
		ENANTONE*IM SC FL+SIR 3,75MG/2	
		ELIGARD *1 SIR 7,5-22,5MG	
Levocarnitina	A16AA01	CARNITENE*OS 10FL 2G MONOD	8
Levodopa, inibitore della decarbossilasi e inib.della COMT *	N04BA03	STALEVO*100+25+200MG 100CPR	
Lutropina alfa *	G03GA07	LUVERIS*SC 1-3FL 75UI	74
Memantina *	N06DX01	EBIXA*56CPR RIV 10MG	85
		EBIXA*OS GTT 50G 10MG/G	
Mesna	V03AF01	UROMITEXAN*IV 15F 4ML 400MG/4ML	
Metilfenidato	N06BA04	RITALIN*30CPR 10MG	
Modafinil	N06BA07	PROVIGIL*100MG 30CPR	
Octreotide *	H01CB02	LONGASTATINA*INIET 1MG/5ML MULT	40
		LONGASTATINA*INIET 3F 0,5MG 1ML	
		LONGASTATINA*INIET 5F 0,05MG/ML o 0,1MG/ML	
		LONGASTATINA LAR*IM FL 10-20-30MG	
		SAMILSTIN*INIET 1FL MULTID 5ML	
		SAMILSTIN*IV SC 3F 0,5MG 1ML	
		SAMILSTIN*IV SC 5F 0,05MG/ML o 0,1MG/ML	
		SANDOSTATINA*INIET 3F 0,5MG/ML	
		SANDOSTATINA*INIET 5F 0,05MG/ML o 0,1MG/ML	
		SANDOSTATINA*IV SC FL 0,2MG/ML	
		SANDOSTATINA LAR*IM FL 10-20-30MG	

**MEDICINALI PRESCRIVIBILI SU**  
**PRESENTAZIONE DI PIANO TERAPEUTICO**  
a cura della S.C. FARMACIA TERRITORIALE ASLVCO-Omegna (VB)

PRINCIPIO ATTIVO	ATC	DESCRIZIONE_MEDICINALE	NOTA
Olanzapina *	N05AH03	ZYPREXA VELOTAB*28 CPR 5-10 MG	
		ZYPREXA* 28 CPR 2,5-5-10 MG	
Ormone paratiroideo	H05AA03	PREOTACT*2 CART 1,61MG 100MCG	79
Paliperidone *	N05AX13	INVEGA* 3-6-9 MG 28CPR	
Paracalcitolo	A11CC07	ZEMPLAR* 5F 1ML 5MCG/ML	
Pentamidina	P01CX01	PENTACARINAT*IM EV/AEROS 300MG	
Pergolide <sup>(2)</sup>	N04BC02	PERGOLIDE*20CPR 1MG	
		PERGOLIDE*30CPR 0,05MG	
		PERGOLIDE*40CPR 0,25MG	
Quetiapina *	N05AH04	SEROQUEL *100-200-300MG 60 CPR	
		SEROQUEL *25MG 6-30 CPR	
Rasagilina	N04BD02	AZILECT 1mg 28cpr	
Risperidone *	N05AX08	BELIVON*60 CPR 1-2-3-4 MG	
		RISPERDAL *1MG/ML OS GTT100ML	
		RISPERDAL*60 CPR 1-2-3-4 MG	
Rivastigmina *	N06DA03	EXELON*56CPS 1,5-3-4,5-6MG	85
		PROMETAX*56CPS 1,5-3-4,5-6MG	
Sitagliptin *	A10BH01	JANUVIA*28CPR RIV 100MG	PIANO INFORMATIZZATO MONITORAGGIO AIFA
		TESAVEL*28CPR RIV 100MG	
		XELEVIA*28CPR RIV 100MG	
Sitagliptin + Metformina *	A10BD07	EFFICIB*56CPR RIV 50MG+1000MG	PIANO INFORMATIZZATO MONITORAGGIO AIFA
		EFFICIB*56CPR RIV 50MG+850MG	
		JANUMET*56CPR RIV 50MG+1000MG	
		JANUMET*56CPR RIV 50MG+850MG	
		VELMETIA*56CPR RIV 50MG+1000MG	
		VELMETIA*56CPR RIV 50MG+850MG	
Teriparatide	H05AA02	FORSTEO*SC 1PEN 3ML20MCG/80MCL	79
Testosterone	G03BA03	ANDRIOL*60CPS 40MG	36
		TESTO ENANT*IM 1F 2ML 250MG	
		TESTOVIS*IM 2F 2ML 100MG	
Timololo, associazioni <sup>(3)</sup>	S01ED51	COMBIGAN*COLL 0,2%+0,5% 1FL 5ML	78
		COSOPT*COLL 2%+0,5% 1FL 5ML OC	
		DUOTRAV*COLL 2,5ML 40MCG/ML + 5MG/ML	
		GANFORT*COLL 3ML 300MCG/ML + 5MG/ML	
		XALACOM*GTT OFT 1FL 2,5ML	

**MEDICINALI PRESCRIVIBILI SU  
PRESENTAZIONE DI PIANO TERAPEUTICO**  
a cura della S.C. FARMACIA TERRITORIALE ASLVCO-Omegna (VB)

PRINCIPIO ATTIVO	ATC	DESCRIZIONE_MEDICINALE	NOTA
Tolcapone	N04BX01	TASMAR*100 CPR 100 MG	
Travoprost	S01EE04	TRAVATAN*GTT OFT 1FL 40MCG/ML	78
Tretinoina *	L01XX14	VESANOID*FL 100CPS 10MG	
Triptorelina *	L02AE04	DECAPEPTYL*FL 11,25MG+2ML+1SIR	51
		DECAPEPTYL*1FL 3,75MG+2ML+1SIR	
		GONAPEPTYL DEPOT*3SIR 3,75MG+S	
Urofollitropina *	G03GA04	FOSTIMON* 1-10FL 75UI 1ML	74
Valganciclovir	J05AB14	VALCYTE*60CPR RIV 450MG	
		DARILIN*60CPR RIV 450MG	
Vildagliptin *	A10BH02	GALVUS*56CPR 50MG	PIANO INFORMATIZZATO MONITORAGGIO AIFA
Vildagliptin + metformina *	A10BH02	EUCREAS*60CPR 50MG+1000MG	PIANO INFORMATIZZATO MONITORAGGIO AIFA
		EUCREAS*60CPR 50MG+850MG	

(1) solo per l'indicazione Morbo di Parkinson validità max del PT: 6 mesi

(2) validità massima 6 mesi

(3) Tutte le specialità medicinali per il trattamento del glaucoma a partire dal 13/06/09 per la durata di 6 mesi possono essere prescritti senza il piano terapeutico

**\* = MEDICINALI A DUPLICE VIA DI DISTRIBUZIONE**

**N.B.:** I MEDICINALI AD ESCLUSIVA DISTRIBUZIONE AZIENDALE NON SONO STATI INSERITI NELL'ELENCO