

**SCHEDA MONITORAGGIO AIFA
PER LA PRESCRIZIONE
DI TIVICAY (dolutegravir)**

**Da compilarsi SOLO per l'indicazione: pazienti resistenti agli inibitori
delle integrasi**

Centro prescrittore _____
Nome e cognome del Clinico prescrittore _____
Tel _____ email _____

Paziente (nome, cognome) _____ Data di nascita _____
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice fiscale (CF) _____
Indirizzo: _____
ASL di residenza _____ Medico curante (MMG) _____
Diagnosi di HIV (mese/anno): _____
Viremia attuale: _____ (copie/ml) RNA PCR <input type="checkbox"/> bDNA <input type="checkbox"/>
Conta linfociti T CD4+: _____ cell/mm ³
Il paziente è resistente alla terapia con inibitori dell'integrasi: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Specificare quale inibitore delle integrasi: _____
Specificare regime terapeutico attuale:
Farmaco: _____
Posologia: _____
Il test di resistenza è stata verificata:
<input type="checkbox"/> test di resistenza (specificare) _____
<input type="checkbox"/> valutazione clinica (specificare) _____



La prescrizione di TIVICAY è a carico del SSN per le seguenti indicazioni cliniche e alle seguenti posologie.

TIVICAY è indicato in combinazione con altri medicinali antiretrovirali per il trattamento di adulti e adolescenti di oltre 12 anni di età con infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV)

Posologia

- Adulti.** Pazienti con infezione da HIV-1 con resistenza alla classe degli inibitori dell'integrasi (documentata o clinicamente sospetta).

La dose raccomandata di dolutegravir è di 50 mg (una compressa) per via orale due volte al giorno. La decisione si deve basare sul meccanismo di resistenza agli inibitori dell'integrasi.

La co-somministrazione di Tivicay con alcuni medicinali deve essere evitata in questa popolazione (ad esempio efavirenz, nevirapina, tipranavir/ritonavir o rifampicina).

Farmaco prescritto:

- Tivicay (dolutegravir) cpr 50 mg BID (pazienti adulti resistenti alle integrasi)

Durata prevista del trattamento: _____

Prima prescrizione: _____

Prosecuzione della cura: _____

N di confezioni di Tivicay dispensate: _____

Data __/__/__

Timbro e firma del clinico prescrittore

