

Documento PTR n. 333 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE DI
PATIROMER
e
SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO**

Ottobre 2021

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DELLE SPECIALITA' MEDICINALI
PATIROMER (Veltassa®) e SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO (Lokelma®)**

UO: _____	Medico prescrittore _____
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (nome e cognome o iniziali) _____	Data di nascita _____
C. F. _____	Residente a _____ Prov. _____
Via _____ n. _____	Tel. _____ AUSL di residenza _____
Regione _____	Medico di Medicina generale _____

La prescrizione mediante il piano terapeutico regionale è a carico del SSR se effettuata dai medici appartenenti a Centri ospedalieri o dagli specialisti nefrologo, cardiologo, internista dell'SSN per la seguente condizione clinica:

- trattamento dei pazienti adulti con iperkaliemia persistente (livelli di potassiemia >5,5 mmoli/L) con risposta insufficiente o controindicazione alle resine (calcio polistirene solfonato/sodio polistirene solfonato)**

Criteria di eleggibilità al trattamento (devono essere soddisfatti entrambi i punti 1 e 2)

1. **Diagnosi:** Iperkaliemia (livello di potassiemia >5,5 mmoli/L) in pazienti con risposta insufficiente o controindicazione alle resine (calcio polistirene solfonato/sodio polistirene solfonato)
2. **Almeno una delle seguenti condizioni** (possibilità di scelta multipla):
 - Insufficienza renale: stadio 3b-CKD in pazienti **con** concomitante terapia con RAASi
 - Insufficienza renale: stadio 4 o 5-CKD **non in dialisi**, in pazienti **con o senza** concomitante terapia con RAASi
 - Insufficienza renale: stadio 5-CKD in **dialisi** (solo per sodio zirconio ciclosilicato)
 - Scompenso cardiaco (frazione di eiezione $\leq 40\%$) in pazienti **con** concomitante terapia con RAASi in dose giudicata subottimale.

La Commissione Regionale del Farmaco ritiene che l'uso di questi farmaci non possa prescindere da una ottimizzazione/revisione del regime dietetico in corso.

Farmaco prescritto

PATIROMER (Veltassa®)

Pazienti NON in dialisi* **8,4 g** **16,8 g**
 (*nei pazienti in dialisi l'uso di Veltassa® non è rimborsato)

Posologia di correzione (1) _____

Posologia di mantenimento (1) _____

SODIO ZIRCONIO CICLOSILICATO (Lokelma®)

1) Pazienti NON in dialisi **5 g** **10 g**

2) Pazienti in dialisi **5 g** (trattamento nei giorni di non dialisi)

Posologia di correzione (1) _____

Posologia di mantenimento (1) _____

prima prescrizione **prosecuzione del trattamento**

Validità del presente piano terapeutico (massimo 6 mesi) (2): _____

Data _____

Timbro e firma del Medico prescrittore

(1) Fare riferimento al paragrafo 4.2 del Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

(2) È opportuno che durante una terapia a lungo termine con chelanti del K⁺, vengano periodicamente controllati i valori ematici di K⁺, Ca e Mg.