



**CONCORSO PUBBLICO CONGIUNTO, PER TITOLI ED ESAMI, A N. 4 POSTI DI  
DIRIGENTE FARMACISTA DELLA DISCIPLINA DI  
FARMACIA OSPEDALIERA**

**PER LE ESIGENZE DELL'AUSL DI BOLOGNA, DELL'IRCCS AZIENDA  
OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA, POLICLINICO DI SANT'ORSOLA,  
DELL'AZIENDA USL DI IMOLA E DELLO IOR**

**PROVA PRATICA N. 3**

**Il candidato identifichi le criticità relative alla corretta erogazione del farmaco prescritto ed  
alla appropriatezza prescrittiva, con riferimento alla normativa nazionale vigente**

PROVA NON  
SODDEGGIATA



**PIANO TERAPEUTICO AIFA  
PER LA PRESCRIZIONE DI LAMIVUDINA (ex Nota 32 bis)**

Centro prescrittore..... AMB. ENDOCRINOLOGIA  
 Medico prescrittore (nome e cognome)..... ANNA BIANCHI  
 Tel. 05114187..... e-mail A.BIANCHI@AOSP.BO.IT

Paziente (nome e cognome)..... MARIO ROSSI  
 Data di nascita..... 7/05/1971 Sesso M  F   
 Codice fiscale.....  
 Residente a..... BOLOGNA Tel. 051 888888  
 Regione..... EMR  
 ASL di residenza..... BOLOGNA Prov. BO  
 Medico di Medicina Generale..... VERDI MARIA

La prescrizione di lamivudina è a carico del SSN per le seguenti condizioni cliniche:

- Epatite cronica B HBV-DNA-positiva, con malattia avanzata (con stadio di fibrosi F 2 o diagnosi clinica di cirrosi ) in cui l'interferone sia controindicato, o non tollerato o inefficace, come terapia soppressiva senza limiti temporali né di associazione
- Epatite cronica B HBVDNA positiva senza malattia avanzata, come terapia di durata definita e senza limiti di associazione
- Riesacerbazioni dell'epatite B conseguenti a terapie con chemioterapici antitumorali o farmaci immunosoppressivi o a trapianto di midollo o di organo solido, senza limiti temporali né di associazione

PROFILASSI DELLA RECIDIVA DI EPATITE HBV

**Farmaco prescritto:**

Lamivudina cp 100 mg                       Lamivudina sospensione 5 mg/mL

Dose/die: 1 CPS ORE 10 e ORE 18                      Durata prevista del trattamento: 12+6 MESI

Prima prescrizione                       prosecuzione della cura (motivo .....

Data 05.06.2023

Timbro e firma del clinico prescrittore

*Bianchi*

*PROVA NON FORTISSIMA*