



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI ORALAIR
(valido per 7 mesi con obbligo di rivalutazione a 7 mesi dall'inizio della terapia)

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>
MMG	<input type="text"/>		

Indicazione:

Trattamento della rinite allergica moderata/grave dovuta a polline di graminacee con o senza congiuntivite, confermata dal test cutaneo positivo e/o dal titolo positivo delle IgE specifiche per il polline di graminacee in adulti, adolescenti di età superiore ai 5 che non rispondono alla terapia sintomatica.

Non sono disponibili dati riguardo al trattamento con ORALAIR nei bambini di durata superiore a una stagione dei pollini di graminacee.

Non c'è esperienza clinica riguardo all'immunoterapia con ORALAIR nei pazienti di età superiore a 50 anni.

Terapie precedentemente prescritte (alle quali il paziente non ha risposto):

☐ antiH1 sistemici

☐ antiH1 topici

☐ anti LT

☐ cromoni

☐ steroidi topici

☐ steroidi sistemici

☐ vasocostrittori topici

☐ vasocostrittori sistemici

☐ altro (specificare)

☐ **Primo trattamento stagionale** *Il trattamento deve essere iniziato almeno 4 mesi prima dell'inizio previsto della stagione dei pollini e deve proseguire fino alla fine della stagione dei pollini). In assenza di un miglioramento evidente della sintomatologia durante la prima stagione dei pollini, non vi è alcuna indicazione per la prosecuzione del trattamento.*

☐ **Trattamenti successivi (stagione dei pollini successiva a quella del primo trattamento, al 2°anno)**

Diagnosi (da compilare solo in caso di prima prescrizione):
Oculorinite primaverile moderata/grave su base allergica non controllata dai farmaci sintomatici.

Il paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi:

- ☐ Starnutazioni
- ☐ Rinorrea acquosa
- ☐ Prurito nasale
- ☐ Ostruzione nasale

La diagnosi deve essere confermata da:

- ☐ test cutaneo positivo per i pollini di graminacee (ponfo >3 mm rispetto al controllo positivo)
- o
- ☐ titolo positivo delle IgE specifiche per i pollini di graminacee (valori > 0,35 KU/l in accordo con la sintomatologia clinic

Il farmaco è controindicato nei seguenti casi:

- Trattamento concomitante con beta bloccanti
- Asma grave e/o instabile (FEV1 < 70 % del valore previsto)
- Immunodeficienza o malattia autoimmune grave
- Patologie maligne (ad es. cancro)
- Infiammazioni del cavo orale (come lichen planus, ulcere orali o micosi orale)

Valutare attentamente la necessità della terapia nei pazienti in trattamento con :

- antidepressivi triciclici e inibitori delle monoaminossidasi (inibitori MAO)

Dosaggio

Durata trattamento ☐ Giorni ☒ Mesi

☒ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura

Giorno 1	1 compressa da 100 IR
Giorno 2	2 compressa da 100 IR
Giorno 3	1 compressa da 300 IR
Giorno 4	1 compressa da 300 IR
Giorno 5	1 compressa da 300 IR
-	
-	
Giorno 30	1 compressa da 300 IR

Mesi successivi: 300 IR/die

Data Emissione **Data Termine**