



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

Id. Piano

750046355

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI DUPIXENT  
(DUPILUMAB) NELLA RINOSINUSITE CRONICA CON POLIPOS NASALE  
(CRSwNP)**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni e Province autonome o medici specialisti (otorinolaringoiatra, immunolo, allergologo) operanti nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<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 rimborsata SSN**

Il trattamento della CRSwNP con Dupixent a carico del SSN è limitato ai pazienti adulti con CRSwNP grave (valutata tramite uno score NPS ≥ 5 oppure un punteggio SNOT-22 ≥ 50), per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e/o la chirurgia non fornisco un controllo adeguato della malattia, in aggiunta alla terapia di background con corticosteroidi intranasali.

1. Età ≥ 18 anni.

2. Diagnosi accertata di rinosinusite cronica con poliposi nasale grave

3. Malattia grave definita da:

☐ punteggio NPS ≥ 5

☐ punteggio SNOT-22 ≥ 50

4. Fallimento del trattamento precedente specificando tra le seguenti opzioni:

☐ Terapia con corticosteroidi sistemici (almeno due cicli nell'anno precedente) seguita da:

☐ sospensione per intolleranza/eventi avversi

☐ mancanza di efficacia

☐ Intervento chirurgico (ESS) seguito da:

☐ mancata/inadeguata risposta

☐ complicanze post-operatori

Il trattamento con Dupixent nella rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP) grave deve essere iniziato in associazione a corticosteroidi intranasali da medici specialisti esperti della patologia (otorinolaringoiatra, immunologo allergologo), a seguito di diagnosi circostanziata, valutazione clinica di gravità e valutazione della risposta al trattamento precedente.

(Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l’assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda)

**Piano Terapeutico valido 12 mesi**

☒ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione cura

Dupixent 300 mg soluzione per iniezione s.c. in penna preriempita: ☐ AIC: 045676172

La dose iniziale raccomandata per i pazienti adulti è di 300 mg, seguita da una dose di 300 mg somministrata a settimane alterne.

**N. siringhe preriempite**

**Durata prevista del trattamento (mesi)**

**Data Termine**

15/04/2021

**Rivalutazione dopo 6 mesi come da RCP: *considerare la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta*** (fare riferimento ai criteri proposti nel documento di consenso sui farmaci biologici per CrwNP EUFOREA 2019 e EPOS 2020)

**Data Emissione**

15/03/2021