



SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DI TRALOKINUMAB (Adtralza®) NEL TRATTAMENTO DELLA DERMATITE ATOPICA

Da compilarsi al fini della rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri o specialisti dermatologo.

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Codice fiscale		Cognome nome		
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina	Peso(Kg)
Asl Residenza		Residenza		
Tel.		MMG		

Indicazione autorizzata:Adtralza è indicato per il trattamento della dermatite atopica da moderata a severa in adulti che sono candidati alla terapia sistemica.

Indicazione rimborsata SSN: Adtralza è rimborsato unicamente in combinazione con i corticosteroidi topici per il trattamento di pazienti adulti con dermatite atopica grave (punteggio EASI≥24) che sono candidati alla terapia sistematica e per i quali il trattamento con ciclosporina risulta essere controindicato, inefficace o non tollerato.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità:

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:
Al paziente è stata diagnosticata dermatite atopica grave definita con punteggio EASI≥24, è candidato alla terapia sistemica e presenta tutte le seguenti condizioni:

☐ Età maggiore/uguale a 18 anni

☐ Controindicazione, risposta inadeguata o intolleranza alla ciclosporina

☐ in trattamento con corticosteroidi topici

Specificare i farmaci assunti

La prescrizione di *tralokinumab* deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	Prosecuzione terapia: <input type="radio"/> con modifiche <input type="radio"/> senza modifiche	
---	--	--

Farmaco Prescritto *

Posologia La dose raccomandata di tralokinumab per i pazienti adulti è una dose iniziale di 600 mg (quattro iniezioni da 150 mg) seguita da 300 mg (due iniezioni da 150 mg) somministrata ogni due settimane come iniezione sottocutanea.

Eventuali avvertenze d'uso (es. periodi di rivalutazione del trattamento al fine della sospensione/prosecuzione della terapia ecc.)

Durata trattamento

☐ Giorni ☐ Mesi

Data Termine

La validità della scheda di prescrizione è al massimo 12 mesi dalla data di compilazione.