



PIANO TERAPEUTICO/SCHEDA DI PRESCRIZIONE AIFA PER I FARMACI
BIOLOGICI NELL'ASMA GRAVE EOSINOFILA REFRATTARIA

Da compilare ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei soli **specialisti dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni o di specialisti pneumologo, allergologo, immunologo operanti nell'ambito SSN**

Rinnovare ogni 6 mesi dalla data di compilazione

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

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

Indicazione rimborsata SSN Trattamento limitato ai pazienti adulti con asma grave eosinofila refrattaria che presentano alla prima prescrizione, le seguenti caratteristiche:

Eosinofili nel sangue periferico

☐ >150 eosinofili/mmc attuale e almeno un valore > 300 eosinofili /mmc nell'anno precedente(Mepolizumab

e

☐ ha avuto almeno 2 esacerbazioni di asma nonostante la massima terapia* (trattate con steroidi sistemici o che hanno richiesto ricovero) nei 12 mesi precedenti

oppure

☐ ha ricevuto terapia continuativa con steroidi per via orale, in aggiunta alla terapia inalatoria massimale*, per almeno 6 mesi nell'ultimo anno

(Indicare almeno una delle due condizioni sopra specificate)

* Step 4-5 documento GINA 2016

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Mepolizumab(per uso sottocutaneo)

Posologia

N. Fl.

Durata trattamento ☐ Giorni ☒ Mesi Data Termine

* Piano terapeutico/Scheda di prescrizione potranno essere rinnovati in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista/prescrittore

☒ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura

Data Emissione

NOTA BENE
Il clinico deve prendere visione delle controindicazioni e precauzioni d'impiego riportate in RCP (cfr. par .4.3-4.4-4.5-4.6-4.7).