



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: 160113 - BT

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI
NUCALA - MEPOLIZUMAB - NELL'ASMA GRAVE
EOSINOFILA REFRATTARIA

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	160114	Residenza	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text"/>

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con mepolizumab a carico del Ssn è limitato ai pazienti con asma grave eosinofila refrattaria che presentano le seguenti caratteristiche:

- ☐ 1) ha avuto, nei 12 mesi precedenti, almeno un valore di eosinofili > 300 cellule/mmc
- ☐ 2) ha attualmente un valore di eosinofili > 150/mmc in assenza di trattamento steroideo sistemico
- ☐ 3) ha avuto almeno 2 esacerbazioni di asma nonostante la massima terapia* (trattate con steroide sistemico o che hanno richiesto ricoveri nei 12 mesi precedenti steroideo sistemico)
- ☐ 4) ha ricevuto terapia continuativa con steroidi per via orale, in aggiunta alla terapia inalatoria massimale*, per almeno 6 mesi nell'ultimo anno

Dovranno essere soddisfatte le condizioni ai punti 1 e 2 ed almeno una delle condizioni ai punti 3 e 4

* Step 4-5 documento GINA 2016

Il trattamento con Nucala nell'asma grave eosinofila (non controllata o refrattaria), deve essere iniziato da specialisti esperti (pneumologo, allergologo, immunologo), a seguito di diagnosi circostanziata, valutazione clinica di gravità e valutazione della risposta alla terapia standard.

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
Conf. e forma farmac.	<input type="text" value="100MG POLV. INIET.1FL"/>		
Posologia	<input type="text" value="UNA AL GIORNO"/>		
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value="12"/>	Data Termine <input type="text" value="16/06/2018"/>
La durata del piano terapeutico non può superare i 6 mesi. Potrà essere rinnovato in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio dello specialista prescrittore			
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura			
Data Emissione	<input type="text" value="16/06/2017"/>		