



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

Id. Piano 750047273

PIANO TERAPEUTICO DEL MEDICINALE VERKAZIA (CICLOSPORINA)

Centro Prescrittore

Medico Prescrittore

Tel.

e-mail

Codice fiscale

Cognome nome

Data nascita

Sesso ☒ Maschio ☐ Femmina

Peso(Kg)

H(cm)

Asl Residenza

Residenza

Tel.

MMG

Indicazione terapeutica: Trattamento di severa cheratocongiuntivite Vernal (VKC) nei bambini al di sopra di quattro anni e negli adolescenti.

Farmaco Prescritto

Posologia (uso oftalmico)

Il trattamento con Verkazia deve essere iniziato da un oculista o un operatore sanitario esperto in oftamologia.

Precauzioni che devono essere prese prima della somministrazione del medicinale: Istruire i pazienti sulla necessità di lavarsi le mani prima dell'utilizzo. Prima della somministrazione, il contenitore monodose deve essere agitato delicatamente. Esclusivamente monouso. Ciascun contenitore monodose è sufficiente a trattare entrambi gli occhi. L'eventuale emulsione non utilizzata deve essere gettata immediatamente. I pazienti devono essere istruiti a effettuare l'occlusione nasolacrimale e chiudere le palpebre per 2 minuti dopo l'instillazione, per ridurre l'assorbimento sistemico. Questo può risultare in una riduzione degli effetti indesiderati sistemici e in un aumento dell'attività locale. Se si utilizza più di un medicinale oftalmico per uso topico, la somministrazione dei medicinali deve avvenire a distanza di almeno 15 minuti. Verkazia deve essere somministrato per ultimo.

☒ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione di cura

Data Termine

15/07/2021

La validità del Piano Terapeutico non può superare i **6 mesi** dalla data di compilazione.

Data Decorrenza

15/04/2021