

**Piano Terapeutico per la prescrizione di EVRENZO (roxadustat)  
nel trattamento della anemia sintomatica associata a malattia renale  
cronica (MRC)**

*Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri identificati dalle Regioni o di  
specialisti nefrologo, internista, ematologo*

|  |  |
|--|--|
| Azienda Sanitaria: _____                                     |  |
| Unità Operativa: _____                                       |  |
| Nome e cognome del medico prescrittore: _____                |  |
| Recapito telefonico: _____                                   |  |
| Paziente (nome, cognome): _____                              |  |
| Data di nascita: ____/____/____                              | Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Codice Fiscale: _____  |  |
| Indirizzo: _____   |  |
| Recapiti telefonici: _____                                   |  |
| ASL di Residenza: _____                                      |  |
| Medico di Medicina Generale: _____                           |  |
| Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione): _____ |  |

**Indicazioni autorizzate:**

Evrenzo è indicato per il trattamento di pazienti adulti con anemia sintomatica associata a malattia renale cronica (MRC).

**Indicazione rimborsata SSN:**

Trattamento di pazienti adulti con anemia sintomatica associata a malattia renale cronica dialisi-dipendente e non dialisi-dipendente, *naive* alla terapia con ESA o non trattati con alcun ESA nelle 12 settimane precedenti.

**Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità**

Trattamento dell'anemia sintomatica (Hb <11 g/dL) associata a malattia renale cronica in pazienti adulti sia in trattamento dialitico sia in trattamento conservativo

Il/la Paziente deve soddisfare una delle due condizioni sottostanti:

Essere *naive* alla terapia con ESA (originator o biosimilari)

Non essere stato trattato con ESA (originator o biosimilari) nelle 12 settimane precedenti l'inizio del trattamento con Evrenzo



**Prescrizione**

|   |   |        |
|---|---|--------|
| <input type="checkbox"/> Prima prescrizione   | <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia:<br><input type="checkbox"/> con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche |        |
| Farmaco   | Posologia   | Durata |
| <input type="checkbox"/> Roxadustat compresse 20 mg<br><input type="checkbox"/> Roxadustat compresse 50 mg<br><input type="checkbox"/> Roxadustat compresse 70 mg<br><input type="checkbox"/> Roxadustat compresse 100 mg<br><input type="checkbox"/> Roxadustat compresse 150 mg   |   |        |
| <p>Prima di iniziare il trattamento devono essere assicurate adeguate riserve di ferro.</p> <p>La dose appropriata di roxadustat deve essere assunta per via orale tre volte alla settimana e non in giorni consecutivi.</p> <p>La dose deve essere personalizzata per raggiungere e mantenere i livelli desiderati di Hb di 10-12 g/dL</p> <p>La dose di roxadustat può essere aggiustata gradualmente verso l'alto o verso il basso rispetto alla dose iniziale a partire da 4 settimane dopo l'inizio del trattamento, e successivamente ogni 4 settimane secondo quanto descritto nella Tabella 2 dell'RCP.</p> <p>I livelli di Hb, come riportato in RCP, devono essere monitorati ogni due settimane fino al raggiungimento e alla stabilizzazione del livello desiderato di Hb di 10-12 g/dL, e successivamente ogni 4 settimane, o come clinicamente indicato.</p> <p>La prescrizione va effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).</p> |   |        |

La validità massima del Piano Terapeutico è di dodici mesi, prevedendo una prima rivalutazione a distanza di sei mesi dalla prima prescrizione come da RCP

Data valutazione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data scadenza: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

