

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI NUCALA (MEPOLIZUMAB) NELL'ASMA GRAVE EOSINOFILO REFRATTARIO**

Da compilare ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei soli specialisti dei centri ospedalieri o di specialisti pneumologo, allergologo, immunologo, pediatra operanti nell'ambito del SSN.

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (nome, cognome) _____ Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome, cognome) _____
Data di nascita ___/___/___ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____
Estero _____
Codice Fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta _____

**Indicazione rimborsata SSN**

Trattamento limitato ai pazienti con asma eosinofilo refrattario severo negli adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 6 anni che presentano, alla prima prescrizione, le seguenti caratteristiche:

>150 eosinofili/mmc attuale in assenza di trattamento steroideo sistemico e almeno un valore > 300 eosinofili/mmc nell'anno precedente

E (indicare almeno una delle due condizioni sotto specificate)

Ha avuto almeno 2 esacerbazioni di asma nonostante la massima terapia inalatoria (trattate con steroide sistemico o che hanno richiesto ricovero) nei 12 mesi precedenti (Step 4-5 di GINA, dai 12 anni), o nonostante la massima terapia inalatoria tollerata (dai 6 agli 11 anni)

oppure

Ha ricevuto terapia continuativa con steroidi per via orale in aggiunta alla terapia inalatoria massimale per almeno 6 mesi nell'ultimo anno (condizione applicabile solo per gli adulti dai 18 anni di età)



**Prescrizione**

Mepolizumab 100 mg in:

<b>Unità Posologica</b>	<b>Posologia</b>	<b>n. Conf.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Siringa Preriemrita</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Penna Autoiniettiva</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Fiala da ricostituire*</b>	_____	_____

\*Per bambini di età compresa tra 6 e 11 anni è appropriata per la somministrazione la polvere per soluzione iniettabile. La dose raccomandata di mepolizumab è 40 mg somministrati per via sottocutanea una volta ogni 4 settimane (vedere paragrafo 4.2 Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto).

La validità temporale massima del Piano Terapeutico è di dodici mesi

Specificare se si tratta di:

Prima prescrizione    Prosecuzione di terapia\*

\* Il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore

\_\_\_\_\_

