ALLEGATO

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

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____

Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ peso (Kg) _____ altezza (cm) _____

Comune di nascita _____ Estero ☐

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____

Medico di Medicina Generale _____

Indicazione rimborsata SSN

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

Il/la Paziente:

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 inalatoria* (trattate con steroide sistemico o che hanno richiesto ricovero) nei 12 mesi precedenti
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.

Prescrizione:

Nucala **100 mg polvere x soluzione iniettabile s.c. 1 fl/mese**	n. fiale

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

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

Data _____

Timbro e Firma del Medico

_____

17A01570