

*il paziente ha fallito il trattamento con corticosteroidi topici e/o immunomodulatori topici (es. tacrolimus, pimecrolimus) secondo le modalità previste dai singoli RCP.

NB. La prescrizione va effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Prescrizione negli adulti e adolescenti	
☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione terapia:	
Confezioni di nemolizumab prescrivibili	Posologia
☐ 30mg-1 penna ☐ 30mg-2 penne	<u>Induzione</u> Dose iniziale ☐ una dose iniziale di 60 mg (due iniezioni da 30 mg), seguita da 30 mg somministrati ogni 4 settimane. <u>Mantenimento</u> ☐ dopo 16 settimane di trattamento, per i pazienti che raggiungono una risposta clinica, la dose di mantenimento raccomandata è di 30 mg ogni 8 settimane Eventuali note _____

È opportuna una valutazione periodica, in accordo al RCP, sulla base della gravità della malattia e del livello di controllo dei sintomi e va considerata la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta (vedi sezione 4.2 dell'RCP).

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi
 La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore _____