

**PIANO TERAPEUTICO/SCHEDA DI PRESCRIZIONE AIFA PER I FARMACI BIOLOGICI
NELL'ASMA GRAVE EOSINOFILA REFRATTARIA**

Da compilare ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei soli specialisti dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni^{1,2} o di specialisti pneumologo², allergologo², immunologo² operanti nell'ambito del SSN

Rinnovare ogni 6 mesi dalla data di compilazione

¹ Reslizumab, ² Mepolizumab

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

[illegible]**Indicazione rimborsata SSN**

Trattamento limitato ai pazienti adulti con asma grave eosinofila refrattaria che presentano, alla prima prescrizione, le seguenti caratteristiche:

Eosinofili nel sangue periferico:

- ☐ > 150 eosinofili/mmc attuale e almeno un valore > 300 eosinofili/mmc nell'anno precedente (Mepolizumab) oppure
- ☐ ≥ 400 eosinofili/mmc attuale (Reslizumab)

(confermare solo una delle condizioni sopra specificate, che indicano la scelta del farmaco)

e

- ☐ ha avuto almeno 2 esacerbazioni di asma nonostante la massima terapia inalatoria* (trattate con steroidi sistemici o che hanno richiesto ricovero) nei 12 mesi precedenti oppure
- ☐ ha ricevuto terapia continuativa con steroidi per via orale, in aggiunta alla terapia inalatoria massimale*, per almeno 6 mesi nell'ultimo anno

(indicare almeno una delle due condizioni sopra specificate)

* Step 4-5 documento GINA 2016



Prescrizione		
Mepolizumab (per uso sottocutaneo)	Posologia	n. fl.
Reslizumab (per uso endovenoso)	Posologia	n. fl.

Specificare se si tratta di:

☐ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione di terapia*

* Piano Terapeutico/Scheda di prescrizione potranno essere rinnovati in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore.

NOTA BENE

Il clinico deve prendere visione delle controindicazioni e precauzioni d'impiego riportate in RCP (cfr. par. 4.3-4.4-4.5-4.6-4.7).

	¹ Reslizumab	² Mepolizumab
Classe di rimborsabilità	H	A
Classificazione ai fini della fornitura	OSP (scheda di prescrizione)-Medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture a esso assimilabili. Scheda di prescrizione: da conservare nella cartella medica del paziente	RRL/PT/PHT-Prescrizione medica limitativa a cura dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni o di specialisti (pneumologo, allergologo, immunologo) operanti nell'ambito del SSN. PT: da inviare alla ASL di competenza territoriale e al medico curante

Data _____

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore

