ALLEGATO

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI Cinryze

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

Paziente (nome e cognome)_____
Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ Codice fiscale_____
Residente a _____ Regione _____
ASL di residenza _____ Prov._____
Medico di Medicina Generale_____

La prescrizione di Cinryze è a carico del SSN solo se rispondente ad una delle seguenti condizioni:

1. Trattamento acuto
2. Prevenzione pre-procedura **Indicare tipo di procedura.....**
3. Prevenzione di routine nei pazienti intolleranti o insufficientemente protetti dai trattamenti di prevenzione con danazolo che necessitino da almeno 3 mesi di 4 o più trattamenti in acuto al mese

Il piano terapeutico per Cinryze può essere redatto solo da medici specialisti, esperti della patologia Angioedema Ereditario afferenti ai Centri di riferimento riconosciuti dalle Regioni e Province Autonome.

Negli ultimi 12 mesi

Grado di severità: Giornate di invalidità

Numero di attacchi al mese con necessità di trattamento acuto: ☐ < 1 ☐ da 1 a 3 ☐ 4 o più

Trattamento di profilassi con danazolo: ☐ inefficace ☐ efficace > 200 mg/die ☐ intolleranti

Trattamento di profilassi con Cinryze dose:

Piano terapeutico valido 12 mesi ☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della cura

Indicazione: trattamento acuto e prevenzione pre-procedura
Dose prescritta: ☐ **1000 U die**

Indicazione : prevenzione di routine
Dose prescritta ☐ **1000 U ogni 3 giorni** ☐ **1000 U ogni 4 giorni**

Rivalutazione dopo _____

Data ___/___/___

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore