

PIANO TERAPEUTICO AIFA
per la prescrizione di **BERINERT** (inibitore umano C1 esterasi)

Centro Prescrittore: _____

Medico prescrittore (nome e cognome): _____

Recapito telefonico: _____ e-mail: _____

Paziente (nome e cognome): _____

Data di nascita: __/__/__ Sesso: M F Codice Fiscale: _____

Residente a: _____

ASL si residenza: _____ Prov.: _____ Regione: _____

Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta:

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

- 1. Trattamento degli episodi acuti di Angioedema Ereditario**

2. Profilassi pre-intervento

Il Piano terapeutico per BERINERT può essere redatto solo da medici specialisti, esperti della patologia Angioedema Ereditario afferenti ai Centri di Riferimento riconosciuti dalle Regioni e Province autonome.

Piano terapeutico valido 12 mesi Prima prescrizione Prosecuzione terapia

Indicazione: trattamento degli episodi acuti

Dose prescritta adulti: 20 UI per chilogrammo di peso corporeo

Dose prescritta pazienti pediatrici: 20 UI per chilogrammo di peso corporeo

Indicazione: profilassi pre-intervento

Dose prescritta adulti: 1000 UI meno di 6 ore prima di un intervento medico, dentale, o chirurgico.

Dose prescritta pazienti pediatrici: Da 15 a 30 UI per chilogrammo di peso corporeo meno di 6 ore prima di un intervento medico, dentale, o chirurgico

Rivalutazione dopo: _____

Data, __/__/__

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

