

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità (da compilare solo in caso di prima prescrizione)

<p><i>Il/la Paziente soddisfa tutte le condizioni sottostanti:</i></p> <p><input type="checkbox"/> età ≥ 12 aa</p> <p><input type="checkbox"/> ≥ 2 esacerbazioni di asma nei 12 mesi precedenti trattate con steroide sistemico o che hanno richiesto ricovero nonostante la massima terapia inalatoria (step 4-5 del documento GINA)</p> <p>oppure</p> <p><input type="checkbox"/> ha ricevuto una terapia continuativa con steroidi per via orale per il trattamento dell'asma per almeno 6 mesi per età > 18 anni, e per almeno 1 mese per età compresa fra i 12 e i 17 anni, in aggiunta alla terapia inalatoria</p>
--

Prescrizione

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione terapia: <input type="checkbox"/> con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche
Farmaco	Posologia
<input type="checkbox"/> tezepelumab 210 mg - Soluzione per iniezione - 1,91 ml (110 mg/ml) -uso SC - 1 siringa preriempita <input type="checkbox"/> tezepelumab 210 mg - Soluzione per iniezione - 1,91 ml (110 mg/ml) -uso SC - 1 penna preriempita	<input type="checkbox"/> 210 mg tramite iniezione sottocutanea ogni 4 settimane

Nota: Nei pazienti che rimangono non controllati nonostante alte dosi di corticosteroidi per via inalatoria più un altro medicinale per la terapia di mantenimento, prima di iniziare il trattamento con un farmaco biologico è necessaria una caratterizzazione del fenotipo clinico e l'endotipo di malattia.

Gli studi clinici hanno mostrato che l'efficacia di tezepelumab nel ridurre il tasso di riacutizzazioni severe risulta maggiore all'aumentare della conta degli eosinofili ematici e dei valori di FeNO.

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

È opportuna una valutazione periodica, in accordo al RCP, sulla base della gravità della malattia del paziente e del livello di controllo dei sintomi e va considerata la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta.

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

