

PIANO TERAPEUTICO AIFA**per la prescrizione di CINRYZE (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 di residenza: _____ Prov.: _____ Regione: _____

Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta:
_____**La prescrizione di Cinryze è a carico del SSN solo se rispondente ad una delle seguenti condizioni:****1. Trattamento acuto****2. Prevenzione pre-procedura****3. Prevenzione di routine nei pazienti intolleranti o insufficientemente protetti dai trattamenti di prevenzione con danazolo che necessitano 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 terapia**Indicazione: trattamento acuto e prevenzione pre-procedura****Dose prescritta adulti/adolescenti:** 1000 U die**Dose prescritta bambini 2-11 anni:** 500 U die (10-25 Kg) 1000 U die (>25 Kg)**Indicazione: prevenzione di routine****Dose prescritta adulti/adolescenti:** 1000 U die ogni 3 giorni 1000 U die ogni 4 giorni**Dose prescritta bambini 6-11 anni:** 500 U die ogni 3 giorni 500 U die ogni 4 giorni

Data, __/__/__

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

19A06986

