



- 8  eleggibile alla terapia sistemica\*
- 9  peso  $\geq$  30kg
- 10  è in trattamento con corticosteroidi topici  
specificare i farmaci assunti:

\*il paziente ha fallito il trattamento con corticosteroidi topici e/o immunomodulatori topici (es. tacrolimus, pimecrolimus) secondo le modalità previste dai singoli RCP.

Prescrizione negli adulti e adolescenti	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia:	
Confezioni di tralokinumab prescrivibili	Posologia
<input type="checkbox"/> 150mg SC – siringa preriempita <input type="checkbox"/> 300mg SC - penna preriempita	<p><b>Dose iniziale</b></p> <input type="checkbox"/> 600 mg (4 iniezioni eseguite con siringhe preriempite da 150 mg oppure 2 iniezioni eseguite con penne preriempite da 300 mg) <p><b>Dosi successive (da iniziare dopo due settimane dalla dose iniziale)</b></p> <input type="checkbox"/> 300 mg (2 iniezioni eseguite con siringhe preriempite da 150 mg oppure 1 iniezione eseguita con penna preriempita da 300 mg ) ogni 2 settimane <sup>#</sup> <hr/> <p>Eventuali note</p> <p><sup>#</sup>E' possibile prendere in considerazione una somministrazione ogni quattro settimane per i pazienti con una pelle guarita o quasi guarita dopo 16 settimane di trattamento.</p>

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

**Prendere in considerazione l'interruzione del trattamento nei pazienti che non hanno mostrato risposta dopo 16 settimane di trattamento.**

**Validità del Piano terapeutico:** \_\_\_\_\_ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

-----

24A04777

