



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

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

Prescrizione negli adulti e adolescenti	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> prosecuzione terapia:	
Confezioni di lebrikizumab prescrivibili	Posologia
<input type="checkbox"/> 250mg SC – siringa preriempita  <input type="checkbox"/> 250mg SC – penna preriempita	<p><b><u>Induzione</u></b></p> <p><b>Dose iniziale</b>  <input type="checkbox"/> 500 mg (2 iniezioni da 250 mg sc) alla settimana 0 e alla settimana 2</p> <p><b>Dosi successive</b>  <input type="checkbox"/> 500 mg (2 iniezioni da 250 mg sc) alla settimana 2  <input type="checkbox"/> 250 mg (1 iniezioni da 250 mg sc) ogni 2 settimane dalla settimana 4 fino alla settimana 16.</p> <p><b><u>Mantenimento</u></b></p> <input type="checkbox"/> 250 mg (1 iniezioni da 250 mg sc) ogni 4 settimane. <hr/> Eventuali note

**Prendere in considerazione l'interruzione del trattamento nei pazienti che non hanno mostrato risposta dopo 16 settimane di trattamento. Alcuni pazienti con risposta parziale iniziale possono mostrare ulteriori miglioramenti continuando il trattamento a settimane alterne fino alla settimana 24.**

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

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

-----

25A00516

