

ALLEGATO

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI FASENRA (BENRALIZUMAB) NELL'ASMA GRAVE EOSINOFILICO REFRATTARIO	
Centro prescrittore _____ Medico prescrittore (nome e cognome) _____ Tel. _____ e-mail _____	
Paziente (nome e cognome) _____ Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ Codice fiscale _ _ _ _ _ Residente a _____ _____ Tel. _____ Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____ Medico di Medicina Generale _____	
Indicazione rimborsata SSN Il trattamento con Fasenra (benralizumab) a carico del SSN è limitato ai pazienti adulti con asma grave eosinofilo refrattario che rispondono alle seguenti caratteristiche: Il/La paziente 1. ha un valore di eosinofili $\geq 300/\text{mmc}$ in assenza di trattamento steroideo sistemico 2. ha avuto nei 12 mesi precedenti almeno due esacerbazioni d'asma nonostante la massima terapia inalatoria (step 4-5 del documento GINA) trattate con steroide sistemico o che hanno richiesto ricovero 3. ha ricevuto una terapia continuativa con steroidi per via orale, in aggiunta alla massima terapia inalatoria nell'ultimo anno Dovranno essere soddisfatte le condizioni al punto 1 ed almeno una delle condizioni ai punti 2 e 3. Il trattamento con Fasenra nell'asma grave eosinofilo (non controllato o refrattario), deve essere iniziato da specialisti esperti (pneumologo, allergologo, immunologo), a seguito di diagnosi circostanziata, valutazione clinica di gravità e valutazione della risposta a terapia standard.	
Prescrizione: Fasenra 30 mg soluzione per iniezione s.c. in siringa preriempita (una somministrazione ogni 4 settimane per le prime 3 dosi e successivamente una ogni 8 settimane) n. siringhe preriempite _____ Durata prevista del trattamento (mesi) _____ <u>La validità temporale del Piano Terapeutico è di dodici mesi</u>	
Data _____ Timbro e firma del medico ospedaliero o del medico specialista prescrittore _____	

