



**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI DUPILUMAB (Dupixent®)
NEL TRATTAMENTO DELL'ESOFAGITE EOSINOFILA**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni e Province autonome o medici specialisti (gastroenterologo, internista, pediatra, allergologo) operanti in regime SSN

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sessu M ☐ F ☐ peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____ recapito Tel. _____	

Indicazione autorizzata:

Dupixent è indicato per il trattamento dell'esofagite eosinofila in adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore ad 1 anno, con un peso di almeno 15 kg, non adeguatamente controllati da, intolleranti a, o che non sono candidati per la terapia farmacologica convenzionale

Indicazione rimborsata SSN:

Dupixent® è indicato per il trattamento dell'esofagite eosinofila in adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore ad 1 anno, con un peso di almeno 15 kg, non adeguatamente controllati da, intolleranti a, o che non sono candidati per la terapia farmacologica convenzionale, inclusa la budesonide autorizzata per la medesima indicazione (per la popolazione adulta), secondo le modalità previste dai singoli RCP.

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

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni di cui ai punti 1,2,3,4:
1. ☐ età ≥ 1 anno;
2. ☐ diagnosi di esofagite eosinofila (≥ 15 eosinofili in almeno un campo ad alto ingrandimento);
3. ☐ peso ≥ 15 kg;
4. ☐ non adeguatamente controllato e/o intollerante e/o non candidabile alla terapia convenzionale inclusa la budesonide (per la popolazione adulta);

Prescrizione

☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione terapia:	
Posologia	
Da 15 a meno di 30 kg	☐ 200 mg a settimane alterne (Q2S)
Da 30 a meno di 40 kg	☐ 300 mg a settimane alterne (Q2S)
40 kg o più	☐ 300 mg ogni settimana (QS)
Confezioni di dupilumab® prescrivibili	
☐ 200mg SC – penna preriempita ☐ 200mg SC – siringa preriempita ☐ 300mg SC – siringa preriempita ☐ 300mg SC – penna preriempita	

NB. 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 e del livello di controllo dei sintomi e va considerata la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta (vedi sezione 4.2 dell'RCP).

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore
