

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> prosecuzione terapia	
Farmaco	Posologia
Dupilumab <input type="checkbox"/> penna preriempita SC 300 <input type="checkbox"/> siringa preriempita SC 300	Dose iniziale <input type="checkbox"/> 300 mg s.c. Dosi successive (da iniziare dopo due settimane dalla dose iniziale) <input type="checkbox"/> 300 mg a settimane alterne s.c.
Omalizumab <input type="checkbox"/> siringa SC 75 mg <input type="checkbox"/> siringa SC 150 mg <input type="checkbox"/> flaconcino SC 150 mg+1 fiala 2ml	La dose appropriata e la frequenza di somministrazione di omalizumab® sono determinate dai livelli di IgE basali (UI/mL), rilevati prima di iniziare il trattamento, e dal peso corporeo (kg)* Dose prescritta: _____ mg Corrispondente a: Siringhe da 75 mg numero: _____ Siringhe da 150 mg numero: _____ Flaconcini da 150 mg numero: _____ <input type="checkbox"/> ogni 2 settimane s.c. <input type="checkbox"/> ogni 4 settimane s.c. Dose massima raccomandata: 600mg ogni 2 settimane I pazienti con pesi corporei inferiori a 30 kg non sono stati studiati negli studi clinici principali per CRSwNP
Mepolizumab <input type="checkbox"/> penna preriempita SC 100 mg <input type="checkbox"/> flaconcino SC 100 mg <input type="checkbox"/> siringa preriempita SC 100 mg	<input type="checkbox"/> 100* mg s.c. ogni 4 settimane I pazienti con il peso corporeo inferiore a 40 kg non sono stati inclusi nello studio clinico principale per CRSwNP

Prescrizione

*Fare riferimento al RCP, e in particolare alla Tabella 1 per la conversione dalla dose a numero di flaconcini e alle Tabelle 2 e 3 per la determinazione della dose.

Ai pazienti i cui livelli di IgE basali o peso corporeo in chilogrammi non rientrano nei limiti delle tabelle dei dosaggi, omalizumab non deve essere somministrato.

NB. È opportuna una rivalutazione periodica, in accordo ai rispettivi 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.

Validità del Piano terapeutico: _____ **mesi**

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore
