



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI ANDEMBRY (GARADACIMAB) NELLA PREVENZIONE DI ROUTINE DEGLI ATTACCHI RICORRENTI DI ANGIOEDEMA EREDITARIO (HAE) IN PAZIENTI DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 12 ANNI.

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di medici specialisti allergologi, internisti esperti della patologia Angioedema Ereditario offerenti ai Centri di Riferimento riconosciuti dalle Regioni e Province autonome.

Centro prescrittore	_____
Medico prescrittore (cognome, nome)	_____
Recapito telefonico	_____ E-mail _____

Paziente (cognome, nome)	_____
Data di nascita: __/__/__	Sesso M ☐ F ☐ Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Residente a:	_____
ASL di residenza	Prov. _____ Regione _____
Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta:	_____

La prescrizione di Andembry è a carico del SSN nelle seguenti condizioni:

Prevenzione di routine degli attacchi ricorrenti di angioedema ereditario (HAE) in pazienti di età pari o superiore a 12 anni.

NOTA BENE: ANDEMBRY non deve essere usato per il trattamento di attacchi di HAE acuto.

Negli ultimi 12 mesi	
Grado di severità:	Giornate di invalidità _____
Numero di attacchi al mese con necessità di trattamento acuto:	☐ <1 ☐ da 1 a 3 ☐ 4 o più

☐ PRIMA PRESCRIZIONE	☐ PROSECUZIONE TERAPIA
ANDEMBRY (garadacimab) ☐ 200 mg - Soluzione per infusione - Uso sottocutaneo - Siringa pre-riempita (vetro) 1,2 ml (167 mg/ml) - 1 siringa preriempita; AIC: 051998019 ☐ 200 mg - Soluzione per infusione - Uso sottocutaneo - Siringa pre-riempita (vetro) in penna pre-riempita 1,2 ml (167 mg/ml) - 1 penna preriempita; AIC: 051998033	
DOSAGGIO	
Dose prescritta negli adulti/adolescenti (≥12 anni): ☐ 400 mg (due iniezioni da 200 mg) <u>il primo giorno</u> ☐ 200 mg al mese <u>nei mesi successivi</u> Altro dosaggio (adattamento della dose come da RCP): _____ Se si salta una dose di ANDEMBRY, è necessario assumere la dose non appena possibile. Rivalutazione dopo: _____	

NOTA: vedi RCP per modalità di somministrazione, controindicazioni, avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data valutazione _____

Timbro e Firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

