



**Prescrizione**

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prima prescrizione   | Prosecuzione terapia:<br>con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input type="checkbox"/>   |
| <b>Farmaco</b>  | <b>Posologia</b>   |
| <b>Fasenra (benralizumab)</b><br><input type="checkbox"/> 1 siringa preriempita 1 mL 30 mg/mL<br>AIC: 045931019<br><br><input type="checkbox"/> 1 penna preriempita 1 mL 30 mg/mL<br>AIC: 045931021 | La dose raccomandata di benralizumab è 30 mg somministrati tramite iniezione sottocutanea ogni 4 settimane per le prime 3 dosi e successivamente ogni 8 settimane. |

n. siringhe/penne preriempite \_\_\_\_\_

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

**La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi**

Data \_\_\_\_\_

Data di scadenza piano \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_