



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI TAKHZYRO (LANADELUMAB) NELLA PREVENZIONE DI ROUTINE DEGLI ATTACCHI RICORRENTI DI ANGIOEDEMA EREDITARIO (HAE) IN PAZIENTI DI ETÀ PARI O SUPERIORE A 2 ANNI.

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di medici specialisti allergologi, internisti esperti della patologia Angioedema Ereditario afferenti 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Residente a: _____
ASL di residenza _____ Prov. _____ Regione _____
Medico di Medicina Generale/ Pediatra di Libera Scelta: _____

La prescrizione di Takhzyro 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 2 anni.
NOTA BENE: TAKHZYRO 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:	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> da 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 o più

PRIMA PRESCRIZIONE

PROSECUZIONE TERAPIA

Takhzyro (lanadelumab)

300 mg soluzione per iniezione 1 flaconcino sc da 2 ml (150 mg/ml) + 1 siringa + 2 aghi
AIC: 047417011

300 mg soluzione per iniezione 1 siringa sc preriempita da 2 ml
AIC: 047417047

150 mg soluzione iniettabile 1 siringa sc preriempita da 1 ml (150 mg/mL)
AIC: 047417074

300 mg soluzione iniettabile-1 penna sc preriempita da 2 ml (150mg/ml)
AIC: 047417100

DOSAGGIO

Dose prescritta adulti/adolescenti (≥ 12 anni): 300 mg ogni 2 settimane

Dose prescritta nei pazienti stabilmente liberi da attacchi, in particolare di basso peso: 300 mg ogni 4 settimane

Dose prescritta nei bambini ≥ 2 e < 12 anni:

Peso da 10 a meno di 20 Kg 150 mg ogni 4 settimane

Peso da 20 a meno di 40 Kg 150 mg ogni 2 settimane

Peso da 40 Kg in su 300 mg ogni 2 settimane

Altro dosaggio (adattamento della dose come da RCP): _____

Se si salta una dose di TAKHZYRO, è necessario assumere la dose non appena possibile assicurandosi che passino almeno 10 giorni tra le dosi.

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
