

*il paziente ha fallito il trattamento con corticosteroidi topici e/o immunomodulatori topici (es. tacrolimus, pimecrolimus) secondo le modalità previste dai singoli RCP.

NB. La prescrizione va effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Prescrizione negli adulti e adolescenti	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia:	
Confezioni di nemolizumab prescrivibili	Posologia
<input type="checkbox"/> 30mg-1 penna <input type="checkbox"/> 30mg-2 penne	<p><u>Induzione</u></p> <p>Dose iniziale <input type="checkbox"/> una dose iniziale di 60 mg (due iniezioni da 30 mg), seguita da 30 mg somministrati ogni 4 settimane.</p> <p><u>Mantenimento</u></p> <p><input type="checkbox"/> dopo 16 settimane di trattamento, per i pazienti che raggiungono una risposta clinica, la dose di mantenimento raccomandata è di 30 mg ogni 8 settimane</p> <hr/> Eventuali note

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
