

**Piano Terapeutico per la prescrizione di Indacaterolo/glicopirronio
110/50 mcg nel trattamento della broncopneumopatia cronica
ostruttiva (BPCO)**

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura dei centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie da rinnovarsi semestralmente e consegnare al paziente in formato cartaceo).

Azienda Sanitaria: _____

Unità Operativa: _____

Nome e cognome del medico prescrittore: _____

Recapito telefonico: _____

Paziente (nome, cognome): _____

Data di nascita: ____/____/____

Sesso: M F

Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

Recapiti telefonici: _____

ASL di Residenza: _____

Medico di Medicina Generale: _____

Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione): _____

La prescrizione di B2 agonisti a lunga durata d'azione (LABA)/antagonisti muscarinici a lunga durata d'azione (LAMA) è soggetta a diagnosi e piano terapeutico rinnovabile ogni sei mesi.

La rimborsabilità a carico del S.S.N. è limitata ai pazienti adulti con BPCO in regime di dispensazione A/RRL (pneumologo, allergologo, geriatra, internista), da parte dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni. Le successive prescrizioni potranno essere effettuate dai Medici di Medicina Generale, qualora siano soddisfatte le seguenti condizioni alla prima prescrizione:



- 1 Paziente con diagnosi conclamata di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a molto grave secondo linee guida GOLD 2013
- 2 Paziente broncopneumopatico con dispnea in almeno una delle seguenti condizioni (tratto da questionario mMRC):
- durante esercizio intenso (es. salire le scale, pedalare)
 - durante una camminata in salita
 - durante una camminata lenta rispetto a persone della stessa età e che porta a interruzione
 - dopo almeno 100 metri di camminata
 - durante l'atto del vestirsi o svestirsi

In caso di prosecuzione della terapia, ovvero rinnovo semestrale del piano terapeutico, si deve considerare solamente la condizione riportata al punto (2).

| | | | |
|---|----------------|--|--|
| Prima prescrizione <input type="checkbox"/> | | Prosecuzione terapia: | |
| | | con modifiche <input type="checkbox"/> | |
| | | senza modifiche <input type="checkbox"/> | |
| Posologia | | | |
| Indacaterolo/ glicopirronio | 110/50 mcg/die | | |

Data valutazione: ___/___/_____

Timbro e firma del medico prescrittore

