

PIANO TERAPEUTICO AIFA
per la prescrizione di **BERINERT** (inibitore umano C1 esterasi)

Centro Prescrittore: _____

Medico prescrittore (nome e cognome): _____

Recapito telefonico: _____ e-mail: _____

Paziente (nome e cognome): _____

Data di nascita: __/__/__ Sesso: M F Codice Fiscale: _____

Residente a: _____

ASL si residenza: _____ Prov.: _____ Regione: _____

Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta:

La prescrizione di BERINERT è a carico del SSN solo se rispondente ad una delle seguenti condizioni:

- | |
|--|
| <p>1. Trattamento degli episodi acuti di Angioedema Ereditario</p> <p>2. Profilassi pre-intervento</p> |
|--|

Il Piano terapeutico per BERINERT può essere redatto solo da medici specialisti, esperti della patologia Angioedema Ereditario afferenti ai Centri di Riferimento riconosciuti dalle Regioni e Province autonome.

Piano terapeutico valido 12 mesi	Prima prescrizione	Prosecuzione terapia
Indicazione: trattamento degli episodi acuti		
Dose prescritta adulti:	20 UI per chilogrammo di peso corporeo	
Dose prescritta pazienti pediatrici:	20 UI per chilogrammo di peso corporeo	
Indicazione: profilassi pre-intervento		
Dose prescritta adulti:	1000 UI meno di 6 ore prima di un intervento medico, dentale, o chirurgico.	
Dose prescritta pazienti pediatrici:	Da 15 a 30 UI per chilogrammo di peso corporeo meno di 6 ore prima di un intervento medico, dentale, o chirurgico	
Rivalutazione dopo: _____		

Data, __/__/__

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

