

PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER LA PRESCRIZIONE DI TAKHZYRO (Lanadelumab)

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 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 nei pazienti di età ≥ 12 anni intolleranti, che presentano controindicazioni o che risultano insufficientemente protetti dai trattamenti di prevenzione con danazolo (definibili come soggetti che necessitano da almeno 3 mesi di 4 o più trattamenti in acuto al mese)

NOTA BENE: TAKHZYRO non deve essere usato per il trattamento di attacchi di HAE acuto.

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

Negli ultimi 12 mesi

Grado di severità : Giornate di invalidità

Numero di attacchi al mese con necessità di trattamento acuto: <1 da 1 a 3 4 o più

Trattamento di profilassi con danazolo: inefficace efficace solo a dosaggi >200 mg/die

non tollerato controindicato



Piano terapeutico valido 12 mesi

Prima prescrizione

Prosecuzione terapia

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

* 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: _____

Data, ___/___/___

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore