



**Prescrizione**

Mepolizumab 100 mg in:

<b>Unità Posologica</b>	<b>Posologia</b>	<b>n. Conf.</b>
<input type="checkbox"/> <b>Siringa Preriemrita</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Penna Autoiniettiva</b>	_____	_____
<input type="checkbox"/> <b>Fiala da ricostituire*</b>	_____	_____

\*Per bambini di età compresa tra 6 e 11 anni è appropriata per la somministrazione la polvere per soluzione iniettabile. La dose raccomandata di mepolizumab è 40 mg somministrati per via sottocutanea una volta ogni 4 settimane (vedere paragrafo 4.2 Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto).

La validità temporale massima del Piano Terapeutico è di dodici mesi

Specificare se si tratta di:

Prima prescrizione    Prosecuzione di terapia\*

\* Il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore

\_\_\_\_\_

