

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI DUPILUMAB (Dupixent®) NEL TRATTAMENTO DELLA PRURIGO NODULARE GRAVE

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni e Province autonome o medici specialisti (dermatologo) operanti in regime SSN

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____ recapito Tel. _____	

Indicazione autorizzata:

Dupixent® è indicato per il trattamento di adulti con prurigo nodulare (PN) da moderata a severa eleggibili per la terapia sistemica.

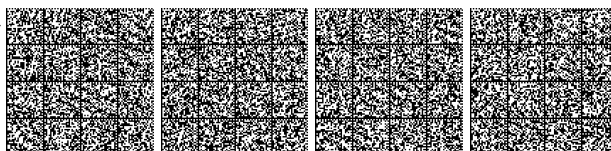
Indicazione rimborsata SSN:

Dupixent® è indicato per il trattamento di adulti con prurigo nodulare (PN) grave eleggibili per la terapia sistemica che presentano tutte le seguenti caratteristiche:

- valutazione del prurito con scala NRS ≥ 7
- presenza di un numero di noduli ≥ 20
- IGA = 4

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità (da compilare solo in caso di prima prescrizione)

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni tutte le condizioni di cui ai punti 1,2,3:	
1	<input type="checkbox"/> età ≥ 18 aa
2	<input type="checkbox"/> è eleggibile per la terapia sistemica (paziente non responsivo alla terapia locale e/o alla fototerapia)
3	<input type="checkbox"/> diagnosi di prurigo nodulare (con presenza di lesioni da almeno 3 mesi) grave definita dalle seguenti condizioni: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> valutazione del prurito con scala NRS ≥ 7; <input type="checkbox"/> presenza di numero di noduli ≥ 20; <input type="checkbox"/> valutazione IGA = 4;



Prescrizione

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia	
Farmaco	Posologia
<input type="checkbox"/> 300mg SC – siringa preriempita <input type="checkbox"/> 300mg SC – penna preriempita	Dose di iniziale <input type="checkbox"/> 600 mg (2 iniezioni da 300 mg sc.) Dosi successive (da iniziare dopo due settimane dalla dose iniziale) <input type="checkbox"/> 300 mg sc a settimane alterne <hr/> Eventuali note

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

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

24A05867

