



**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI FASENRA (BENRALIZUMAB)
NEL TRATTAMENTO DELLA GRANULOMATOSI EOSINOFILICA CON POLIANGITE (EGPA)**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni e Province autonome o medici specialisti (reumatologo, pneumologo, immunologo, allergologo) operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

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

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sex 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 e rimborsata

FASENRA (benralizumab)

Fasenra è indicato come trattamento aggiuntivo per pazienti adulti con granulomatosi eosinofila con poliangite recidivante o refrattaria.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

La prescrizione a carico del SSN deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP), solo se rispondente a tutte le seguenti condizioni:

<input type="checkbox"/> Età ≥ 18 anni
<input type="checkbox"/> Diagnosi accertata di granulomatosi eosinofila con poliangite
<input type="checkbox"/> Storia di malattia recidivante/refrattaria:
<input type="checkbox"/> Il paziente è attualmente in terapia di fondo con:
<input type="radio"/> Corticosteroidi sistemici
<input type="radio"/> Immunosoppressori

Prescrizione

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	Prosecuzione terapia: con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input type="checkbox"/>
Farmaco	Posologia
Fasenra (benralizumab) <input type="checkbox"/> 1 siringa preriempita 1 mL 30 mg/mL AIC: 045931019 <input type="checkbox"/> 1 penna preriempita 1 mL 30 mg/mL AIC: 045931021	La dose raccomandata di benralizumab è di 30 mg somministrata per via sottocutanea una volta ogni 4 settimane.

n. siringhe/penne preriempite _____

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

È opportuna una valutazione periodica (almeno una volta l'anno), in accordo a RCP, e sulla base della gravità della malattia del paziente e del livello di controllo dei sintomi e deve essere considerata la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta.

Nei pazienti che sviluppano manifestazioni dell'EGPA potenzialmente letali deve essere valutata la necessità di continuare la terapia, poiché Fasenra non è stato studiato in questa popolazione.

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data _____

Data di scadenza piano _____

Timbro e firma del medico prescrittore
