

ALLEGATO

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI ORLADEYO (BEROTRALSTAT) NELLA PREVENZIONE DI ROUTINE DEGLI ATTACCHI RICORRENTI DI ANGIOEDEMA EREDITARIO (HAE)

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di medici specialisti allergologi, internisti esperti della patologia Angioedema Ereditario afferenti ai Centri di Riferimento riconosciuti dalle Regioni e Province autonome.

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (cognome, nome) _____
Recapito telefonico _____ E-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____
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 Orladeyo è a carico del SSN nelle seguenti condizioni:

Prevenzione di routine nei pazienti adolescenti (età ≥ 12 anni) e adulti 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).

Negli ultimi 12 mesi

Gravità: _____ 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



PRIMA PRESCRIZIONE PROSECUZIONE TERAPIA

Dose prescritta adulti/adolescenti (≥ 12 anni con peso ≥ 40 kg): 150 mg una volta al giorno per via orale

Rivalutazione dopo: _____

NOTA: vedi RCP per modalità di somministrazione, controindicazioni, avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data valutazione _____

Timbro e Firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

24A00284

