ALLEGATO

SCHEDA DI PRESCRIZIONE AIFA PER ANAKINRA (KINERET®) NEL TRATTAMENTO DELLA MALATTIA DA CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di clinici operanti nei centri indicati dalla Regione per la gestione del COVID-19

Centro prescrittore_____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome)_____

Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ _____ peso (Kg) _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tel._____

ASL di residenza_____ Regione _____ Prov._____

Medico di Medicina Generale _____ recapito Tel. _____

Indicazione autorizzata:
Kineret è indicato per il trattamento della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) nei pazienti adulti affetti da polmonite che necessitano di ossigeno supplementare (ossigeno a basso o alto flusso) e che sono a rischio di progressione verso l'insufficienza respiratoria severa determinata da una concentrazione plasmatica del recettore solubile dell'attivatore del plasminogeno dell'urochinasi (suPAR) ≥ 6 ng/mL.

Indicazione rimborsata SSN:
Trattamento di soggetti adulti ospedalizzati con polmonite da COVID-19 moderata/severa (con pO2/FiO2>150, in ossigenoterapia e non sottoposti a C-PAP o ventilazione meccanica) e con livelli di plasma Soluble Urokinase-Type Plasminogen Activator Receptor (suPAR) ≥ 6ng/ml.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

Paziente con diagnosi di malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) ospedalizzato in presenza di entrambe le seguenti condizioni:

- ☐ polmonite da COVID-19 moderata/severa (con pO2/FiO2>150, in ossigenoterapia e non sottoposti a C-PAP o ventilazione meccanica)
- ☐ livelli di plasma Soluble Urokinase-Type Plasminogen Activator Receptor (suPAR) ≥ 6ng/ml

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DI ANAKINRA PER COVID-19		
	Posologia	**Durata**
☐ KINERET; siringhe preriempite SC 100 mg 0,67 ml	100 mg/die, sottocute	10 giorni
La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).		

Data_____ Timbro e firma del medico prescrittore

_____

22A06644