



PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI NUCALA  
(MEPOLIZUMAB) NELL'ASMA GRAVE EOSINOFILO REFRATTARIO

Da compilare ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei soli **specialisti dei centri ospedalieri o di specialisti pneumologo, allergologo, immunologo, pediatra operanti nell'ambito SSN.**

Centro Prescrittore

Medico Prescrittore

Tel.

e-mail

Codice fiscale

Cognome nome

Data nascita

Sesso

☒ Maschio ☐ Femmina

Asl Residenza

Residenza

MMG

Peso(Kg)

H(cm)

**Indicazione rimborsata SSN** Trattamento limitato ai pazienti con asma eosinofilo refrattario severo negli adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore a 6 anni che presentano, alla prima prescrizione, le seguenti caratteristiche:

Eosinofili nel sangue periferico

☐ >150 eosinofili/mmc attuale in assenza di trattamento steroideo sistemico e almeno un valore > 300 eosinofili /mmc nell'anno precedente

E (Indicare almeno una delle due condizioni sotto specificate)

☐ ha avuto almeno 2 esacerbazioni di asma nonostante la massima terapia inalatoria (trattate con steroide sistemico o che hanno richiesto ricovero) nei 12 mesi precedenti (Step 4-5 di GINA, dai 12 anni), o nonostante la massima terapia inalatoria tollerata (dai 6 agli 11 anni) oppure

☐ ha ricevuto terapia continuativa con steroidi per via orale in aggiunta alla terapia inalatoria massimale per almeno 6 mesi nell'ultimo anno (condizione applicabile solo per gli adulti dai 18 anni di età)

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Mepolizumab

Posologia

N. Conf.

Durata trattamento

☐ Giorni ☒ Mesi 

1

Data Termine

\* 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 Decorrenza

15/04/2021

Stampato il 15/04/2021