

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA
PRESCRIZIONE SSN DI FASENRA
(BENRALIZUMAB) NELL'ASMA GRAVE
EOSINOFILICO REFRATTARIO**

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (nome e cognome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome) _____

Data di nascita _____ sesso M F Residente a _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

Regione _____

ASL di residenza _____ Prov. _____

Medico di Medicina Generale _____

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con Fasenra (benralizumab) a carico del SSN è limitato ai pazienti adulti con asma grave eosinofilo refrattario che rispondono alle seguenti caratteristiche:

Il/La paziente

1. ha un valore di eosinofili $\geq 300/\text{mmc}$ in assenza di trattamento steroideo sistemico
2. ha avuto nei 12 mesi precedenti almeno due esacerbazioni d'asma nonostante la massima terapia inalatoria (step 4-5 del documento GINA) trattate con steroide sistemico o che hanno richiesto ricovero
3. ha ricevuto una terapia continuativa con steroidi per via orale, in aggiunta alla massima terapia inalatoria nell'ultimo anno

Dovranno essere soddisfatte le condizioni al punto 1 ed almeno una delle condizioni ai punti 2 e 3.

Il trattamento con Fasenra nell'asma grave eosinofilo (non controllato o refrattario), deve essere iniziato da specialisti esperti (pneumologo, allergologo, immunologo), a seguito di diagnosi circostanziata, valutazione clinica di gravità e valutazione della risposta a terapia standard.

Prescrizione:

Fasenra 30 mg soluzione per iniezione s.c. in siringa preriempita (una somministrazione ogni 4 settimane per le prime 3 dosi e successivamente una ogni 8 settimane)

n. siringhe preriempite _____

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

La validità temporale del Piano Terapeutico è di dodici mesi

Data _____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore
