



**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE SSN DI DUPIXENT (DUPILUMAB)
NELLA RINOSINUSITE CRONICA CON POLIPOS NASALE (CRSwNP)**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni e Province autonome o medici specialisti (otorinolaringoiatra, 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) _____
Comune di nascita _____	Estero <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento della CRSwNP con Dupixent® a carico del SSN è limitato a pazienti adulti con CRSwNP grave (valutata tramite uno score **NPS ≥ 5** oppure un punteggio **SNOT-22 ≥ 50**), per i quali la terapia con corticosteroidi sistemici e/o la chirurgia non forniscono un controllo adeguato della malattia, in aggiunta alla terapia di background con corticosteroidi intranasali.

<p>1. Età ≥ 18 anni</p> <p>2. Diagnosi accertata di rinosinusite cronica con poliposi nasale grave</p> <p>3. Malattia grave definita da:</p> <p><input type="checkbox"/> punteggio NPS ≥ 5</p> <p><input type="checkbox"/> punteggio SNOT-22 ≥ 50</p> <p>4. Fallimento del trattamento precedente specificando tra le seguenti opzioni:</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia con corticosteroidi sistemici (almeno due cicli nell'anno precedente) seguita da:</p> <p><input type="checkbox"/> sospensione per intolleranza/eventi avversi</p> <p><input type="checkbox"/> mancanza di efficacia</p> <p><input type="checkbox"/> Intervento chirurgico (ESS) seguito da:</p> <p><input type="checkbox"/> mancata/inadeguata risposta</p> <p><input type="checkbox"/> complicanze post-operatori</p> <p>Il trattamento con Dupixent® nella rinosinusite cronica con poliposi nasale (CRSwNP) grave deve essere iniziato in associazione a corticosteroidi intranasali da medici specialisti esperti della patologia (otorinolaringoiatra, immunologo allergologo), a seguito di diagnosi circostanziata, valutazione clinica di gravità e valutazione della risposta al trattamento precedente.</p>

(Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda)



Piano terapeutico valido 12 mesi Prima prescrizione Prosecuzione terapiaDupixent 300 mg soluzione per iniezione s.c. in penna preriempita: AIC: 045676172

La dose iniziale raccomandata per i pazienti adulti è di 300 mg, seguita da una dose di 300 mg somministrata a settimane alterne.

n. penne preriempite: _____

Durata prevista del trattamento (mesi): _____

Rivalutazione dopo 6 mesi come da RCP: considerare la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta (fare riferimento ai criteri proposti nel documento di consenso sui farmaci biologici per CRSwNP EUFOREA 2019 e EPOS 2020)

Data _____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

».

20A06928

MARIO DI IORIO, *redattore*DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2020-GU1-308) Roma, 2020 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.

