

**PIANO TERAPEUTICO AIFA  
PER LA PRESCRIZIONE DI TAKHZYRO (Lanadelumab)**

Centro Prescrittore: \_\_\_\_\_

Medico prescrittore (nome e cognome): \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Paziente (nome e cognome):  
\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_/~/\_ Sesso: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

ASL di residenza: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta:  
\_\_\_\_\_

La prescrizione di Takhzyro è a carico del SSN nelle seguenti condizioni:

Prevenzione di routine nei pazienti di età à 12 anni 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)

**NOTA BENE: TAKHZYRO non deve essere usato per il trattamento di attacchi di HAE acuto.**

Il Piano terapeutico per Takhzyro può essere redatto solo da medici specialisti, esperti della patologia Angioedema Ereditario afferenti ai Centri di Riferimento riconosciuti dalle Regioni e Province autonome.

Negli ultimi 12 mesi

Grado di severità : Giornate di invalidità

Numero di attacchi al mese con necessità di trattamento acuto:

O da 1 a 3       4 o più

Treatmento di profilassi con danazolo: O inefficace n non tollerato      [I efficace solo a dosaggi >200 mg/die n controindicato

Piano terapeutico valido 12 mesi

Prima prescrizione

Prosecuzione terapia

Dose prescritta adulti/adolescenti (≥12 anni): C 300 mg ogni 2 settimane\*

Dose prescritta nei pazienti stabilmente liberi da attacchi, in particolare di basso peso: 300 mg ogni 4 settimane

\* Se si salta una dose di TAKHZYRO, è necessario assumere la dose non appena possibile assicurandosi che passino almeno 10 giorni tra le dosi.

Rivalutazione dopo: \_\_\_\_\_

Data, \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Timbro e firma del medico ospedaliero o del medico specialista prescrittore

21A00977

L\_ 60

