



Prescrizione negli adulti e negli adolescenti (età compresa tra 12 e 17 anni)	
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia:	
Posologia	
Dose iniziale <input type="checkbox"/> 600* mg (2 iniezioni da 300 mg sc) <input type="checkbox"/> 400 mg (2 iniezioni da 200 mg sc) Eventuali note _____ Dosi successive (da iniziare dopo due settimane dalla dose iniziale) <input type="checkbox"/> 300* mg a settimane alterne sc <input type="checkbox"/> 200 mg a settimane alterne sc Eventuali note _____	* da riservare ai seguenti scenari clinici - pazienti con asma severo e in trattamento con corticosteroidi orali; - pazienti con asma severo e comorbidità di dermatite atopica da moderata a severa; - pazienti adulti con comorbidità di rinosinusite cronica severa con poliposi nasale.
Confezioni di dupilumab prescrivibili	
<input type="checkbox"/> 300mg SC – siringa preriempita <input type="checkbox"/> 300mg SC – penna preriempita <input type="checkbox"/> 200mg SC – siringa preriempita <input type="checkbox"/> 200mg SC – penna preriempita	

Prescrizione nei bambini (età compresa tra 6 e 11 anni) [§]		
<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia		
Posologia		
da 15 a meno di 30 kg: <input type="checkbox"/> 300 mg ogni 4 settimane _____ Eventuali note _____	da 30 a meno di 60 kg: <input type="checkbox"/> 200 mg ogni 2 settimane <input type="checkbox"/> 300 mg ogni 4 settimane _____ Eventuali note _____	Da ≥ 60 kg: <input type="checkbox"/> 200 mg ogni 2 settimane _____ Eventuali note _____
Confezioni di dupilumab prescrivibili		
<input type="checkbox"/> 300mg SC – siringa preriempita <input type="checkbox"/> 200mg SC – siringa preriempita		

[§]Per i pazienti pediatrici (da 6 a 11 anni di età) con asma e dermatite atopica severa in comorbidità, secondo l'indicazione approvata, deve essere seguita la posologia della Dermatite Atopica nei Bambini

NB. La prescrizione va effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP)

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

