

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI DUPILUMAB (Dupixent®)  
NEL TRATTAMENTO DELL'ESOFAGITE EOSINOFILA**

*Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni e Province autonome o medici specialisti (gastroenterologo, internista, pediatra, allergologo) operanti in regime SSN*

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sessu M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____ recapito Tel. _____	

**Indicazione autorizzata:**

Dupixent è indicato per il trattamento dell'esofagite eosinofila in adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore ad 1 anno, con un peso di almeno 15 kg, non adeguatamente controllati da, intolleranti a, o che non sono candidati per la terapia farmacologica convenzionale

**Indicazione rimborsata SSN:**

**Dupixent® è indicato per il trattamento dell'esofagite eosinofila in adulti, adolescenti e bambini di età pari o superiore ad 1 anno, con un peso di almeno 15 kg, non adeguatamente controllati da, intolleranti a, o che non sono candidati per la terapia farmacologica convenzionale, inclusa la budesonide autorizzata per la medesima indicazione (per la popolazione adulta), secondo le modalità previste dai singoli RCP.**

**Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità (da compilare solo in caso di prima prescrizione)**

<b>Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni di cui ai punti 1,2,3,4:</b>	
1.	<input type="checkbox"/> età ≥ 1 anno;
2.	<input type="checkbox"/> diagnosi di esofagite eosinofila (≥ 15 eosinofili in almeno un campo ad alto ingrandimento);
3.	<input type="checkbox"/> peso ≥ 15 kg;
4.	<input type="checkbox"/> non adeguatamente controllato e/o intollerante e/o non candidabile alla terapia convenzionale inclusa la budesonide (per la popolazione adulta);

## Prescrizione

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia:	
<b>Posologia</b>	
Da 15 a meno di 30 kg	<input type="checkbox"/> 200 mg a settimane alterne (Q2S)
Da 30 a meno di 40 kg	<input type="checkbox"/> 300 mg a settimane alterne (Q2S)
40 kg o più	<input type="checkbox"/> 300 mg ogni settimana (QS)
<b>Confezioni di dupilumab® prescrivibili</b>	
<input type="checkbox"/> 200mg SC – penna preriempita <input type="checkbox"/> 200mg SC – siringa preriempita <input type="checkbox"/> 300mg SC – siringa preriempita <input type="checkbox"/> 300mg SC – penna preriempita	

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

È opportuna una valutazione periodica, in accordo al RCP, sulla base della gravità della malattia e del livello di controllo dei sintomi e va considerata la sospensione del trattamento in caso di mancata risposta (vedi sezione 4.2 dell'RCP).

**Validità del Piano terapeutico:** \_\_\_\_\_ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di 12 mesi

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

\_\_\_\_\_