

Piano Terapeutico per la prescrizione di ENERZAIR BREEZHALER
(indacaterolo acetato/glicopirronio bromuro/mometasone furoato in associazione fissa) nel
trattamento dell'ASMA

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità da parte degli specialisti operanti presso strutture identificate dalle Regioni e dotati della strumentazione e della competenza necessaria per effettuare e interpretare indagini di secondo livello e da consegnare al paziente in formato cartaceo.

Azienda Sanitaria: _____	
Unità Operativa: _____	
Nome e cognome del medico prescrittore: _____	
Recapito telefonico: _____	
Paziente (nome, cognome): _____	
Data di nascita: ____/____/____	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale: _____	
Indirizzo: _____	
Recapiti telefonici: _____	
ASL di Residenza: _____	
Medico di Medicina Generale: _____	
Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione): _____	

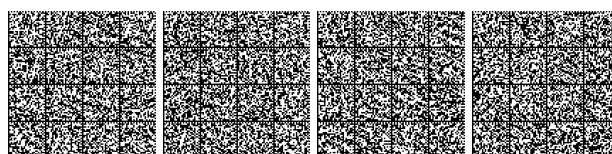
Indicazione rimborsata: terapia di mantenimento dei pazienti adulti con diagnosi di asma per i quali l'associazione di un beta2-agonista a lunga durata d'azione e una dose elevata di corticosteroidi non consenta un controllo adeguato dei sintomi, laddove siano soddisfatte, alla prima prescrizione, tutte le condizioni di seguito riportate:

1 - Paziente con diagnosi conclamata di asma grave che presenti una persistente limitazione del flusso (PAL) dopo 15 minuti dalla somministrazione di 400 mcg di salbutamolo documentata da tutti i seguenti parametri:

- un valore di $FEV1 \leq 80\%$ del predetto;
- un rapporto $FEV1/FVC \leq 0,7$

2 - Paziente con almeno due riacutizzazioni negli ultimi 12 mesi o almeno una riacutizzazione

che abbia richiesto ricovero ospedaliero nonostante la terapia con LABA/ICS alle massime dosi tollerate.



<input type="checkbox"/> PRIMA PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> PROSECUZIONE DI TERAPIA
Dosaggio	Posologia
<input type="checkbox"/> Indacaterolo acetato/ glicopirronio / mometasone furoato da 114 µg/46 µg /136 µg.	Una capsula per inalazione una volta al giorno.

NB. Le dosi indicate sono anche le dosi massime raccomandate.

Validità del Piano terapeutico: _____ mesi

La validità massima del Piano Terapeutico è di dodici mesi, oltre i quali sarà possibile rinnovare la prescrizione compilando un nuovo Piano Terapeutico.

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

Data valutazione: ____/____/____

Data scadenza PT: ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore

22A06202

