

ALLEGATO

PIANO TERAPEUTICO AIFA PER PRESCRIZIONE DI Cinryze

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

Paziente (nome e cognome) _____	
Data di nascita _____	sex M ☐ F ☐ Codice fiscale _____
Residente a _____	Regione _____
ASL di residenza _____	Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

La prescrizione di Cinryze è a carico del SSN solo se rispondente ad una delle seguenti condizioni:

1. Trattamento acuto	
2. Prevenzione pre-procedura	Indicare tipo di procedura.....
3. Prevenzione di routine nei pazienti intolleranti o insufficientemente protetti dai trattamenti di prevenzione con danazolo che necessitano da almeno 3 mesi di 4 o più trattamenti in acuto al mese	

Il piano terapeutico per Cinryze 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:	☐ < 1 ☐ da 1 a 3 ☐ 4 o più
Trattamento di profilassi con danazolo:	☐ inefficace ☐ efficace > 200 mg/die ☐ intolleranti
Trattamento di profilassi con Cinryze dose: _____	

Piano terapeutico valido 12 mesi ☐ Prima prescrizione		☐ Prosecuzione della cura
Indicazione: trattamento acuto e prevenzione pre-procedura		
Dose prescritta: ☐ 1000 U die		
Indicazione: prevenzione di routine		
Dose prescritta	☐ 1000 U ogni 3 giorni	☐ 1000 U ogni 4 giorni
Rivalutazione dopo _____		

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

