

Piano Terapeutico per la prescrizione di Indacaterolo/glicopirronio**110/50 mcg nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura dei Centri specialistici, Universitari o delle Aziende Sanitarie da rinnovarsi ogni 12 mesi e 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 F ☐ ☐

Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

Recapiti telefonici: _____

ASL di Residenza: _____

Medico di Medicina Generale: _____

Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione): _____

La prescrizione di B2 agonisti a lunga durata d'azione (LABA)/antagonisti muscarinici a lunga durata d'azione (LAMA) è soggetta a diagnosi e piano terapeutico rinnovabile ogni 12 mesi.

La rimborsabilità a carico del S.S.N. è limitata ai pazienti adulti con BPCO in regime di dispensazione A/RRL (pneumologo, allergologo, geriatra, internista), da parte dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni. Le successive prescrizioni potranno essere effettuate dai Medici di Medicina Generale, qualora siano soddisfatte le seguenti condizioni alla prima prescrizione:

- 1 ☐ Paziente con diagnosi conclamata di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a molto grave secondo le linee guida GOLD nella versione aggiornata.



2 ☐ Paziente broncopneumopatico con dispnea in almeno una delle seguenti condizioni (tratto da questionario mMRC):

- durante esercizio intenso (es. salire le scale, pedalare)
- durante una camminata in salita
- durante una camminata lenta rispetto a persone della stessa età e che porta a interruzione
- dopo almeno 100 metri di camminata
- durante l'atto del vestirsi o svestirsi

In caso di prosecuzione della terapia, ovvero rinnovo annuale del piano terapeutico, sarà sufficiente ripetere soltanto le valutazioni riportate al punto (2).

Prima prescrizione ☐	
Prosecuzione terapia ☐	
con modifiche ☐	
senza modifiche ☐	
	Posologia
Indacaterolo/glicopirronio	110/50 mcg/die

Data valutazione: __/__/____

Timbro e firma del medico prescrittore

