

PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER LA PRESCRIZIONE DEL FARMACO ADASUVE
loxapina 4,5 mg polvere per inalazione pre-dosata
loxapina 9,1 mg polvere per inalazione pre-dosata

Centro prescrittore _____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____

Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ peso (Kg) _____ altezza (cm) _____

Comune di nascita _____ Estero ☐

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____

Medico di Medicina Generale _____

Il trattamento con loxapina polvere per inalazione (ADASUVE) a carico del SSN deve essere limitato al controllo rapido dello stato di agitazione di grado da lieve a moderato in pazienti adulti affetti da schizofrenia o disturbo bipolare.

I pazienti devono ricevere il trattamento abituale immediatamente dopo il controllo dei sintomi acuti di agitazione.

ADASUVE deve essere somministrato soltanto in ambito ospedaliero sotto la supervisione del personale medico.

Deve essere disponibile un broncodilatatore beta-agonista a breve durata d'azione per trattare possibili effetti indesiderati respiratori gravi (broncospasmo).

I PAZIENTI DEVONO RIMANERE SOTTO OSSERVAZIONE MEDICA PER 1 ORA DOPO LA SOMMINISTRAZIONE PER LA POSSIBILE COMPARSA DI DISTURBI RESPIRATORI (BRONCOSPASMO).

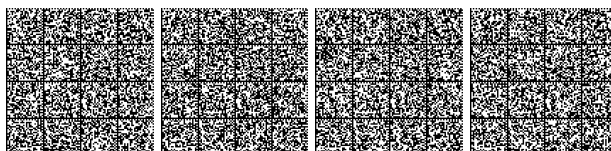
ADASUVE deve essere inizialmente somministrato alla dose di 9.1 mg per singola inalazione attraverso il dispositivo STACCATO.

E' possibile somministrare una seconda dose solo dopo 2 ore dalla prima somministrazione. La somministrazione della dose inferiore di 4.5mg dovrebbe essere limitata ai pazienti che hanno avuto problemi di tollerabilità con la dose di 9.1mg.

Per le controindicazioni fare riferimento al Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

Farmaco somministrato

Somministrazione 1 ADASUVE (STACCATO) Dose _____
 Somministrazione 2 ADASUVE (STACCATO) Dose _____
 Utilizzo broncodilatatore SI ☐ NO ☐
 Se SI specificare farmaco e dosaggio: _____



Verifica appropriatezza**Diagnosi**Stato di agitazione LIEVE SI ☐ NO ☐Stato di agitazione MODERATO SI ☐ NO ☐Paziente affetto da SCHIZOFRENIA SI ☐ NO ☐Paziente affetto da DISTURBO BIPOLARE SI ☐ NO ☐

Diagnosi ICD-9: _____

Punteggio PANSS-EC (facoltativo): _____

Ambito di trattamentoSPDC SI ☐ NO ☐Pronto Soccorso SI ☐ NO ☐Reparto ospedaliero SI ☐ NO ☐

Terapia assunta dal paziente (principio attivo)	Data	Dose mattina	Dose pomeriggio	Dose sera

NOTA BENE: in caso di urgenza tale Piano Terapeutico potrà essere compilato subito dopo la somministrazione, fermo restando il rispetto delle condizioni sopraelencate.

Data _____

Timbro e Firma del Medico

17A00553

