

ALLEGATO

Piano Terapeutico Ospedaliero

Specialità medicinale: ILUVIEN® (Fluocinolone acetonide)

Indicazioni terapeutiche: Trattamento della compromissione visiva associata all'edema maculare diabetico (DME) cronico che non risponde in misura sufficiente alle altre terapie disponibili.

La rimborsabilità è limitata ai soliti pazienti pseudofachici.

Azienda Sanitaria: _____	
Unità Operativa Richiedente: _____	Data: ____ / ____ / ____
Paziente (nome, cognome): _____	
Data di nascita: ____ / ____ / ____	Sesso: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale o Tessera Sanitaria dell'Assistito: _____	
ASL di Residenza: _____	Provincia: _____ Regione: _____

Diagnosi	
Compromissione visiva associata all'edema maculare diabetico (DME) cronico che non risponde in misura sufficiente alle altre terapie disponibili (fotocoagulazione laser, farmaci anti-VEGF) in paziente pseudofachico	<input type="checkbox"/>

Specificare il/i trattamento/i precedente/i:

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Farmaco	Specialità	Dose	Occhio trattato
ILUVIEN®	190 microgrammi di fluocinolone acetonide. Impianto intravitale in applicatore	Un impianto nell'occhio interessato.	<input type="checkbox"/> Destro <input type="checkbox"/> Sinistro

La dose raccomandata è di un impianto di ILUVIEN somministrato nell'occhio interessato. Si sconsiglia la somministrazione concomitante in entrambi gli occhi (vedere RCP paragrafo 4.4).

Dopo 12 mesi è possibile somministrare un secondo impianto se il paziente è interessato da un calo della vista o da un aumento dello spessore della retina secondari a recidiva o peggioramento dell'edema maculare diabetico (vedere RCP paragrafo 5.1).

Il trattamento non deve essere ripetuto salvo i potenziali benefici superino i rischi.

Nome e cognome del Medico*: _____

Recapiti del Medico*: _____

* La prescrivibilità è riservata agli specialisti oculisti.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

