

Tezspire® (Tezepelumab)

Ripresa della garanzia di assunzione delle spese

Limitatio: Limitazione con scadenza al 31.01.2025

Il trattamento necessita la garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattia, previa consultazione del medico di fiducia.

Come terapia aggiuntiva con una dose di 210 mg ogni 4 settimane, negli adulti con asma grave di tipo 2 caratterizzata dai seguenti criteri:

- Almeno 4 esacerbazioni clinicamente rilevanti nei 12 mesi precedenti nonostante la somministrazione delle dosi massime consentite secondo GINA 4 (corticosteroidi inalatori ad alte dosi più farmaci controller) che richiedono un trattamento intermittente con corticosteroidi sistemici (Eun traitement de fond complémentaire), ayant exigé un traitement intermittent par des corticostéroïdes systémiques ET
- una conta degli eosinofili nel sangue $\geq 0,3$ G/L oppure
- una conta degli eosinofili nel sangue $\geq 0,15$ G/L e un valore di FeNO ≥ 50 ppb

Controllo dell'asma senza ricorso a corticosteroidi sistemici come terapia cronica.

Al più tardi dopo 24 settimane e, successivamente, a cadenze annuali, l'efficacia della terapia deve essere valutata da un medico esperto in pneumologia, allergologia o immunologia. Per la prosecuzione della terapia dopo tale valutazione occorre un'ulteriore garanzia di assunzione dei costi, previa conferma dell'efficacia del trattamento. L'efficacia della terapia è definita come una riduzione di almeno il 50% delle esacerbazioni in confronto all'inizio della terapia e, in seguito, tasso di esacerbazioni al massimo invariato.

Non usare in associazione con altri anticorpi monoclonali per il trattamento dell'asma severo.

La diagnosi, la prescrizione e il controllo del trattamento con Tezepelumab nell'indicazione dell'asma possono avvenire esclusivamente da parte di un medico specialista in pneumologia, in allergologia e immunologia clinica.

Dati del paziente:

Cognome:	Nome:	Data di nasc.:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sesso:	Via:	Altre informazioni sull'indirizzo:
<input type="checkbox"/> ♀ <input type="checkbox"/> ♂	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA:	Località:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Assicuratore:	N. assicurato:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Indirizzo dell'assicuratore:	Altre informazioni sull'indirizzo:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NPA:	Località:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dati medici (esclusivamente per il medico di fiducia):

Conferma del successo del trattamento: dopo 6 somministrazioni (6 mesi): annuale

Riduzione di almeno il 50% delle esacerbazioni in confronto all'inizio della terapia e, in seguito, tasso di esacerbazioni al massimo invariato

corretto non corretto

Nelle ultime 24 settimane dall'inizio della terapia: Esacerbazioni

Negli ultimi 12 mesi dall'inizio della terapia: Esacerbazioni

Osservazioni / integrazioni:

Medico richiedente:

Specialista in allergologia e immunologia clinica:

Specialista in pneumologia:

Cognome:

Nome:

Via:

Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA:

Località:

Tel.:

E-Mail:

Per gli ospedali, nome dell'ospedale:

Reparto:

Data: