ALLEGATO

## PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI

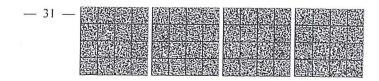
(valido per 7 mesi con obbligo di visita di follow-up a 7 mesi dall'inizio della terapia)

	1
Centro prescrittore	
Nome e cognome del Clinico prescrittore	
Recapito telefonico	
	' 1
Paziente (nome, cognome) Età	
Sesso M □ F □ Codice fiscale (CF)	
IndirizzoTel	
ASL di residenza Medico curante (MMG)	
	ı
INDICAZIONE:	
☐ Trattamento della rinite allergica moderata/grave dovuta a pollini di graminacee, con o senza congiuntivite, confermata dal test cutaneo positivo e/o dal titolo positivo delle IgE specifiche per i pollini di graminacee, in adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 5 anni che non rispondono alla terapia sintomatica	
Terapie precedentemente prescritte (alle quali il paziente non ha risposto):  antiH1 sistemici  antiH1 topici  anti LT  cromoni  steroidi topici  steroidi sistemici  vasocostrittori topici  vasocostrittori sistemici  Altro (specificare)	
☐ Primo trattamento (Il trattamento deve essere iniziato circa 4 mesi prima dell'inizio previsto della stagione dei pollini e deve proseguire fino alla fine della stagione dei pollini)	
☐ Trattamenti successivi (stagioni dei pollini successive a quella del primo trattamento).	
Diagnosi (da compilare solo in caso di prima prescrizione): Oculorinite primaverile moderata/ grave su base allergica non controllata dai farmaci sintomatici. Il paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi:	
· ·	
	•

	Starnutazioni						
	Rinorrea acquosa						
	Prurito nasale						
	Ostruzione nasale						
La di	diagnosi deve essere confermata da:						
	test cutaneo positivo per i pollini di graminacee (ponfo >3 mm rispetto al controllo positivo)						
	0						
	titolo positivo delle la sintomatologia d		di graminacee (valori > 0,35 KU/l in accordo con				
Il fari	maco è controindica	nto nei seguenti casi:					
Tratta	amento concomitan	te con beta bloccanti					
– Asn	na grave e/o instabi	e (FEV1 < 70 % del valore pr	revisto)				
– Imn	nunodeficienza o ma	alattia autoimmune grave					
– Pate	ologie maligne (ad e	s. cancro)					
– Infia	ammazioni del cavo	orale (come lichen planus, u	lcere orali o micosi orale)				
Valut	are attentamente la	necessità della terapia nei	pazienti in trattamento con:				
antide	epressivi triciclici e ir	nibitori delle monoaminossi	dasi (inibitori MAO)				
-		Dose e durata del	trattamente				
Про	se/die:						
1 mes		Du	rata prevista del trattamento: 7 mesi				
1 mes	e						
Giorn	no 1	1 compressa da 100 IR					
Giorr	no 2	2 compresse da 100 IR					
Giorr	no 3	1 compressa da 300 IR					
Giorr	no 4	1 compressa da 300 IR					
Giorr	no 5	1 compressa da 300 IR	9				
Giorn	10 30	1 compressa da 300 IR					
Mesi s	uccessivi: 300 IR/dia	e '					

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore



## SCHEDA DI FOLLOW-UP

(Da compilare per ogni stagione dei pollini, dopo 7 mesi dall'inizio della terapia)

SI	II pa	ziente ha effettuato il trattamento	per tutta la durata della stagior	ne dei pollini?
Andamento della patologia:  Severità (indicare se il paziente ha mantenuto le caratteristiche della forma moderata/grave secondo i criteri ARIA riportati nella scheda di prescrizione), ovvero:  Oculorinite primaverile moderata/ grave su base allergica non controllata dai farmaci sintomatici. Il paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi:    Starnutazioni		SI		
Severità (indicare se il paziente ha mantenuto le caratteristiche della forma moderata/grave secondo i criteri ARIA riportati nella scheda di prescrizione), ovvero:    Oculorinite primaverile moderata/ grave su base allergica non controllata dai farmaci sintomatici.   Il paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi:   Starnutazioni   Rinorrea acquosa   Prurito nasale   Ostruzione nasale   Ostruzione nasale   Ostruzione nasale   Disturbi del sonno   Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero   Problemi causati al lavoro o a scuola   Sintomi fastidiosi   Sintomi fastidiosi   Sintomi fastidiosi   Ostruzione delle attività quotidiane, sport e tempo libero   Presistente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)   Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)   Comorbilità   Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:		NO (specificare i motivi dell'inter	ruzione)	
Severità (indicare se il paziente ha mantenuto le caratteristiche della forma moderata/grave secondo i criteri ARIA riportati nella scheda di prescrizione), ovvero:    Oculorinite primaverile moderata/ grave su base allergica non controllata dai farmaci sintomatici.   Il paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi:   Starnutazioni   Rinorrea acquosa   Prurito nasale   Ostruzione nasale   Ostruzione nasale   Ostruzione nasale   Disturbi del sonno   Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero   Problemi causati al lavoro o a scuola   Sintomi fastidiosi   Sintomi fastidiosi   Sintomi fastidiosi   Ostruzione delle attività quotidiane, sport e tempo libero   Presistente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)   Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)   Comorbilità   Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:				
secondo i criteri ARIA riportati nella scheda di prescrizione), ovvero:    Oculorinite primaverile moderata/ grave su base allergica non controllata dai farmaci sintomatici.   Il paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi:   Starnutazioni   Rinorrea acquosa   Prurito nasale   Ostruzione nasale   Ostruzione nasale   In aggiunta ai sintomi sopra riportati, per la conferma di oculorinite moderata/grave, devono essere presenti uno o più dei seguenti sintomi:   Disturbi del sonno   Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero   Problemi causati al lavoro o a scuola   Sintomi fastidiosi   Sintomi fastidiosi   Durata   Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)   Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)   Comorbilità   Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:   FEV1 < 70% del previsto   Il Farmaco è CONTROINDICATO.   Rinosinusite   Poliposi   Congiuntivite   Altro (specificare dose)   anti H1 sistemici   Dose:   Giorni di Utilizzo: N	And	amento della patologia:		
Oculorinite primaverile moderata/ grave su base allergica non controllata dai farmaci sintomatici.  Il paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi:  Starnutazioni  Rinorrea acquosa  Prurito nasale  Ostruzione nasale  In aggiunta ai sintomi sopra riportati, per la conferma di oculorinite moderata/grave, devono essere presenti uno o più dei seguenti sintomi:  Disturbi del sonno  Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero  Problemi causati al lavoro o a scuola  Sintomi fastidiosi  Durata  Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)  Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)  Comorbilità  Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:  o FEV1 > 70 % del previsto  o FEV1 < 70% del previsto Il Farmaco è CONTROINDICATO.  Rinosinusite  Poliposi  Congiuntivite  Altro (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose)  anti H1 sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N	Seve	erità (indicare se il paziente ha ma	ntenuto le caratteristiche della	forma moderata/grave
paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi:	seco	ndo i criteri ARIA riportati nella so	cheda di prescrizione), ovvero:	
paziente deve avere due o più dei seguenti sintomi:	Ocul	orinite primaverile moderata/ grav	ve su base allergica non control	lata dai farmaci sintomatici.
Rinorrea acquosa   Prurito nasale     Ostruzione nasale     Ostruzione nasale     In aggiunta ai sintomi sopra riportati, per la conferma di oculorinite moderata/grave, devono essere presenti uno o più dei seguenti sintomi:   Disturbi del sonno   Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero   Problemi causati al lavoro o a scuola   Sintomi fastidiosi     Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)   Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)     Comorbilità   Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse)   Indicare il valore di FEV1:   o FEV1 ≥ 70 % del previsto   FEV1 < 70% del previsto   FEV1 < 70% del previsto   Farmaco è CONTROINDICATO.   Rinosinusite   Poliposi   Congiuntivite   Altro (specificare)     Altro (specificare)   Terapia in corso: (specificare dose)   antiH1 sistemici   Dose:   Giorni di Utilizzo: N				
Prurito nasale   Ostruzione nasale     Ostruzione nasale     In aggiunta ai sintomi sopra riportati, per la conferma di oculorinite moderata/grave, devono essere presenti uno o più dei seguenti sintomi:   Disturbi del sonno   Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero   Problemi causati al lavoro o a scuola   Sintomi fastidiosi     Durata   Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)   Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)     Comorbilità   Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:   FEV1 ≥ 70 % del previsto   I Farmaco è CONTROINDICATO.   Rinosinusite   Poliposi   Congiuntivite   Altro (specificare)   Altro (specificare)     Terapia in corso: (specificare dose)   antil1 sistemici   Dose:   Giorni di Utilizzo: N		Starnutazioni		
Ostruzione nasale   In aggiunta ai sintomi sopra riportati, per la conferma di oculorinite moderata/grave, devono essere presenti uno o più dei seguenti sintomi:   Disturbi del sonno   Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero   Problemi causati al lavoro o a scuola   Sintomi fastidiosi    Durata		Rinorrea acquosa		
In aggiunta ai sintomi sopra riportati, per la conferma di oculorinite moderata/grave, devono essere presenti uno o più dei seguenti sintomi:    Disturbi del sonno   Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero   Problemi causati al lavoro o a scuola   Sintomi fastidiosi    Durata   Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)   Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)    Comorbilità   Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:   o FEV1 ≥ 70 % del previsto   o FEV1 < 70% del previsto   Il Farmaco è CONTROINDICATO.   Rinosinusite   Poliposi   Congiuntivite   Altro (specificare)    antil1 sistemici   Dose:   Giorni di Utilizzo: N		Prurito nasale		
Disturbi del sonno  Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero  Problemi causati al lavoro o a scuola  Sintomi fastidiosi  Durata  Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)  Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)  Comorbilità  Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:  FEV1 ≥ 70 % del previsto  FEV1 < 70% del previsto  FEV1 < 70% del previsto Il Farmaco è CONTROINDICATO.  Rinosinusite  Poliposi  Congiuntivite  Altro (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose)  antiH1 sistemici  Dose:  Giorni di Utilizzo: N  antiH1 topici  Dose:  Giorni di Utilizzo: N  Giorni di Utilizzo: N		Ostruzione nasale		
Disturbi del sonno  Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero  Problemi causati al lavoro o a scuola  Sintomi fastidiosi  Durata  Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)  Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)  Comorbilità  Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:  FEV1 ≥ 70 % del previsto  FEV1 < 70% del previsto  FEV1 < 70% del previsto Il Farmaco è CONTROINDICATO.  Rinosinusite  Poliposi  Congiuntivite  Altro (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose)  antiH1 sistemici  Dose:  Giorni di Utilizzo: N  antiH1 topici  Dose:  Giorni di Utilizzo: N  Giorni di Utilizzo: N				
□ Disturbi del sonno         □ Compromissione delle attività quotidiane, sport e tempo libero         □ Problemi causati al lavoro o a scuola         □ Sintomi fastidiosi         Durata         □ Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)				oderata/grave, devoito essere
<ul> <li>□ Problemi causati al lavoro o a scuola</li> <li>□ Sintomi fastidiosi</li> <li>□ Intermittente (durata dei sintomi &lt; 4 giorni alla settimana o &lt; 4 settimane all'anno)</li> <li>□ Persistente (durata dei sintomi &gt; 4 giorni alla settimana o &gt; 4 settimane all'anno)</li> <li>Comorbilità</li> <li>□ Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:         <ul> <li>○ FEV1 ≥ 70 % del previsto</li> <li>○ FEV1 &lt; 70% del previsto</li> <li>□ FEV1 &lt; 70% del previsto</li> <li>□ Fevi &lt; 70% del previsto</li> <li>□ Congiuntivite</li> <li>□ Altro (specificare)</li> </ul> </li> <li>Terapia in corso: (specificare dose)</li> <li>□ antiH1 sistemici</li> <li>□ Dose:</li> <li>□ Giorni di Utilizzo: N</li> <li>□ anti LT</li> <li>□ Dose:</li> <li>□ Giorni di Utilizzo: N</li> </ul>			<u>.</u>	
<ul> <li>□ Problemi causati al lavoro o a scuola</li> <li>□ Sintomi fastidiosi</li> <li>□ Intermittente (durata dei sintomi &lt; 4 giorni alla settimana o &lt; 4 settimane all'anno)</li> <li>□ Persistente (durata dei sintomi &gt; 4 giorni alla settimana o &gt; 4 settimane all'anno)</li> <li>Comorbilità</li> <li>□ Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:         <ul> <li>○ FEV1 ≥ 70 % del previsto</li> <li>○ FEV1 &lt; 70% del previsto</li> <li>□ FEV1 &lt; 70% del previsto</li> <li>□ Fevi &lt; 70% del previsto</li> <li>□ Congiuntivite</li> <li>□ Altro (specificare)</li> </ul> </li> <li>Terapia in corso: (specificare dose)</li> <li>□ antiH1 sistemici</li> <li>□ Dose:</li> <li>□ Giorni di Utilizzo: N</li> <li>□ anti LT</li> <li>□ Dose:</li> <li>□ Giorni di Utilizzo: N</li> </ul>		Compromissione delle attività qu	otidiane, sport e tempo libero	
Durata  ☐ Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno) ☐ Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)  Comorbilità ☐ Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1: ☐ FEV1 ≥ 70 % del previsto ☐ FEV1 < 70% del previsto ☐ Il Farmaco è CONTROINDICATO. ☐ Rinosinusite ☐ Poliposi ☐ Congiuntivite ☐ Altro (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose) ☐ antiH1 sistemici ☐ Dose: ☐ Giorni di Utilizzo: N ☐ antiH1 topici ☐ Dose: ☐ Giorni di Utilizzo: N ☐ anti LT ☐ Dose: ☐ Giorni di Utilizzo: N				
Durata  ☐ Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno) ☐ Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)  Comorbilità ☐ Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1: ☐ FEV1 ≥ 70 % del previsto ☐ FEV1 < 70% del previsto Il Farmaco è CONTROINDICATO. ☐ Rinosinusite ☐ Poliposi ☐ Congiuntivite ☐ Altro (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose) ☐ antiH1 sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N ☐ antiH1 topici Dose: Giorni di Utilizzo: N ☐ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N	-			
□ Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)	_	Sintoini lastialosi		
<ul> <li>Persistente (durata dei sintomi &gt; 4 giorni alla settimana o &gt; 4 settimane all'anno)</li> <li>Comorbilità</li> <li>Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse). Indicare il valore di FEV1:         <ul> <li>FEV1 ≥ 70 % del previsto</li> <li>FEV1 &lt; 70% del previsto</li> <li>FEV1 &lt; 70% del previsto</li> <li>Congiunsite</li> <li>Poliposi</li> <li>Congiuntivite</li> <li>Altro (specificare)</li> </ul> </li> <li>Terapia in corso: (specificare dose)         <ul> <li>antiH1 sistemici</li> <li>Dose:</li> <li>Giorni di Utilizzo: N</li> <li>anti LT</li> <li>Dose:</li> <li>Giorni di Utilizzo: N</li> </ul> </li> </ul>	Dura	ta		
Comorbilità  Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:  FEV1 ≥ 70 % del previsto  FEV1 < 70% del previsto  FEV1 < 70% del previsto  Feval < 70% del previsto  Ferapia in corso: (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose)  Altro (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose)  AntiH1 sistemici  Dose:  Giorni di Utilizzo: N  Anti LT  Dose:  Giorni di Utilizzo: N				
Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:  ○ FEV1 ≥ 70 % del previsto ○ FEV1 < 70% del previsto Il Farmaco è CONTROINDICATO.  □ Rinosinusite □ Poliposi □ Congiuntivite □ Altro (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose) □ antiH1 sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N □ antiH1 topici Dose: Giorni di Utilizzo: N □ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N		Persistente (durata dei sintomi >	4 giorni alla settimana o > 4 set	timane all'anno)
o FEV1 ≥ 70 % del previsto o FEV1 < 70% del previsto II Farmaco è CONTROINDICATO.  ☐ Rinosinusite ☐ Poliposi ☐ Congiuntivite ☐ Altro (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose) ☐ antiH1 sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N ☐ antiH1 topici Dose: Giorni di Utilizzo: N ☐ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N	Coi	morbilità		
O FEV1 < 70% del previsto II Farmaco è CONTROINDICATO.  ☐ Rinosinusite ☐ Poliposi ☐ Congiuntivite ☐ Altro (specificare)  Terapia in corso: (specificare dose) ☐ antiH1 sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N ☐ antiH1 topici Dose: Giorni di Utilizzo: N ☐ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N		Asma bronchiale o sintomi equiva	alenti asmatici (es. tosse) . Indic	are il valore di FEV1:
☐ Rinosinusite   ☐ Poliposi   ☐ Congiuntivite   ☐ Altro (specificare)    Terapia in corso: (specificare dose)  ☐ antiH1 sistemici				ATO
□ Poliposi   □ Congiuntivite   □ Altro (specificare)    Terapia in corso: (specificare dose)  □ antiH1 sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N  □ antiH1 topici Dose: Giorni di Utilizzo: N  □ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N  □ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N	П	As the last two last to the last two la	o II Farmaco e CONTROINDIO	ATO.
□ Congiuntivite         □ Altro (specificare)    Terapia in corso: (specificare dose)         □ antiH1 sistemici       Dose:       Giorni di Utilizzo: N         □ antiH1 topici       Dose:       Giorni di Utilizzo: N         □ anti LT       Dose:       Giorni di Utilizzo: N				
Terapia in corso: (specificare dose)  ☐ antiH1 sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N ☐ antiH1 topici Dose: Giorni di Utilizzo: N ☐ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N		A 50 - 100 -		
□ antiH1 sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N □ antiH1 topici Dose: Giorni di Utilizzo: N □ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N		Altro (specificare)		
□ antiH1 sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N □ antiH1 topici Dose: Giorni di Utilizzo: N □ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N				
□ antiH1 topici Dose: Giorni di Utilizzo: N □ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N	Tera	pia in corso: (specificare dose)		
□ anti LT Dose: Giorni di Utilizzo: N				
The state of the s				
1. Cromon: 10056. (3000000000000000000000000000000000000			Dose:	Giorni di Utilizzo: N
☐ cromoni Dose: Giorni di Utilizzo: N ☐ steroidi topici Dose: Giorni di Utilizzo: N				
steroidi sistemici Dose: Giorni di Utilizzo: N		Maria 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 - 1970 -		Giorni di Utilizzo: N

□ vasocostrittori topici □ vasocostrittori sistemici □ Altro (specificare)	Dose: Dose: Dose:	Giorni di Utilizzo: N Giorni di Utilizzo: N Giorni di Utilizzo: N	
Diament and Italian to II			
Ricoveri ospedalieri legati alla pat  Si (specificare numero)  No			
15401238			