

ALLEGATO

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI
ORALAIR**
*(valido per 7 mesi con obbligo di visita di follow-up a 7 mesi
dall'inizio della terapia)*

Centro prescrittore _____
Nome e cognome del Clinico prescrittore _____
Recapito telefonico _____

Paziente (nome, cognome) _____	Età _____
Sesso M ☐ F ☐ Codice fiscale (CF) _____	
Indirizzo _____	Tel. _____
ASL di residenza _____	Medico curante (MMG) _____

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**

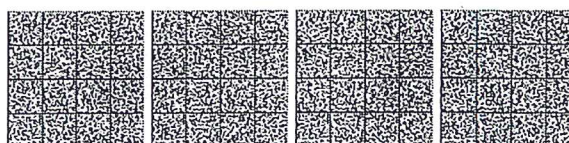
Terapie precedentemente prescritte (alle quali il paziente non ha risposto):

- ☐ 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):

Ocutorinite 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 diagnosi deve essere confermata da:

- ☐ test cutaneo positivo per i pollini di graminacee (ponfo >3 mm rispetto al controllo positivo) o
- ☐ titolo positivo delle IgE specifiche per i pollini di graminacee (valori > 0,35 KU/l in accordo con la sintomatologia clinica)

Il farmaco è controindicato nei seguenti casi:

Trattamento concomitante con beta bloccanti

- Asma grave e/o instabile (FEV1 < 70 % del valore previsto)
- Immunodeficienza o malattia autoimmune grave
- Patologie maligne (ad es. cancro)
- Infiammazioni del cavo orale (come lichen planus, ulcere orali o micosi orale)

Valutare attentamente la necessità della terapia nei pazienti in trattamento con:

antidepressivi triciclici e inibitori delle monoamminossidasi (inibitori MAO)

Dose e durata del trattamento

☐ Dose/die:

Durata prevista del trattamento: 7 mesi

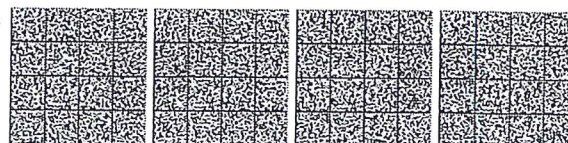
1 mese

Giorno 1	1 compressa da 100 IR
Giorno 2	2 compresse da 100 IR
Giorno 3	1 compressa da 300 IR
Giorno 4	1 compressa da 300 IR
Giorno 5	1 compressa da 300 IR
–	
–	
Giorno 30	1 compressa da 300 IR

Mesi successivi: 300 IR/die

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)**

Il paziente ha effettuato il trattamento per tutta la durata della stagione dei pollini?

- ☐ SI
- ☐ NO (specificare i motivi dell'interruzione)

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
- ☐ 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

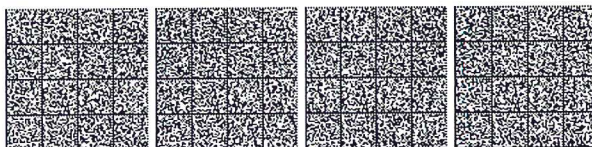
- ☐ Intermittente (durata dei sintomi < 4 giorni alla settimana o < 4 settimane all'anno)
- ☐ Persistente (durata dei sintomi > 4 giorni alla settimana o > 4 settimane all'anno)

Comorbidità

- ☐ Asma bronchiale o sintomi equivalenti asmatici (es. tosse) . Indicare il valore di FEV1:
- o FEV1 $\geq$ 70 % del previsto
 - o 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..... |
| ☐ cromoni | Dose: | Giorni di Utilizzo: N..... |
| ☐ steroidi topici | Dose: | Giorni di Utilizzo: N..... |
| ☐ steroidi sistemici | Dose: | 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.....

Ricoveri ospedalieri legati alla patologia

- ☐ Sì (specificare numero)
- ☐ No

15A01238
