

Piano Terapeutico per la prescrizione di Indacaterolo/glicopirronio  
110/50 mcg nel trattamento della broncopneumopatia cronica  
ostruttiva (BPCO)

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità a cura dei centri specializzati, Universitari o delle Aziende Sanitarie da rinnovarsi semestralmente e consegnare al paziente in formato cartaceo).

Azienda Sanitaria: \_\_\_\_\_

Unità Operativa: \_\_\_\_\_

Nome e cognome del medico prescrittore: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Paziente (nome, cognome): \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sesso: M  F

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

ASL di Residenza: \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_

Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione): \_\_\_\_\_

La prescrizione di B2 agonisti a lunga durata d'azione (LABA)/antagonisti muscarinici a lunga durata d'azione (LAMA) è soggetta a diagnosi e piano terapeutico rinnovabile ogni sei mesi.

La rimborsabilità a carico del S.S.N. è limitata ai pazienti adulti con BPCO in regime di dispensazione A/RRL (pneumologo, allergologo, geriatra, internista), da parte dei centri ospedalieri individuati dalle Regioni. Le successive prescrizioni potranno essere effettuate dai Medici di Medicina Generale, qualora siano soddisfatte le seguenti condizioni alla prima prescrizione:



1  Paziente con diagnosi conclamata di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a molto grave secondo linee guida GOLD 2013

2  Paziente broncopneumopatico con dispnea in almeno una delle seguenti condizioni (tratto da questionario mMRC):

- durante esercizio intenso (es. salire le scale, pedalare)
- durante una camminata in salita
- durante una camminata lenta rispetto a persone della stessa età e che porta a interruzione
- dopo almeno 100 metri di camminata
- durante l'atto del vestirsi o svestirsi

In caso di prosecuzione della terapia, ovvero rinnovo semestrale del piano terapeutico, si deve considerare solamente la condizione riportata al punto (2).

Prima prescrizione <input type="checkbox"/>		Proseguimento terapia: con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche <input type="checkbox"/>	
Posologia			
Indacaterolo/ glicopirronio	110/50 mcg/die		

Data valutazione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico prescrittore

