

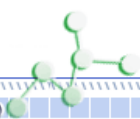
DIAGNOSI

INDICAZIONI TERAPEUTICHE

Daxas e' indicato come terapia di mantenimento nella broncopneumopatia cronica ostruttiva grave (BPCO) (FEV1 post-broncodilatatore meno del 50% del teorico) associata a bronchite cronica nei pazienti adulti con una storia di esacerbazioni frequenti come aggiunta al trattamento broncodilatatore.

**I campi contrassegnati dalla lettera (E) sono determinanti per l'eleggibilità.
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.**

	Data valutazione*	___/___/___(gg mm aaaa)
(E)	Diagnosi*	Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) grave associata a bronchite cronica Altro
(E)	Storia clinica di BPCO negli ultimi 12 mesi*	Si No
	Data della prima diagnosi di BPCO*	___/___(mm aaaa)
	Data della prima diagnosi di BPCO grave*	___/___(mm aaaa)
(E)	FEV1 post - broncodilatatore alla data della prima diagnosi di BCPO grave (espresso come X % del teorico-previsto)*	_____ %
	Rapporto FEV1 /FCV post - broncodilatatore*	_____ %
(E)	BPCO associata a bronchite cronica con almeno una esacerbazione (e che hanno richiesto trattamento orale e/o inalante di corticosteroidi)*	Sì No
	Tipo di esacerbazioni*	Lievi Moderate Gravi



REGISTRO DEI FARMACI ANTIASMATICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

Comorbidity'	<input type="checkbox"/> Disturbi del ritmo cardiaco <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Ostruzione urinaria <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Nessuna
Paziente prima della terapia con DAXAS riceve altro trattamento*	Sì No
(E) Se Si indicare quale	<input type="checkbox"/> SABAs <input type="checkbox"/> LABAs <input type="checkbox"/> SAMAs <input type="checkbox"/> LAMAs <input type="checkbox"/> beta 2 agonisti orali <input type="checkbox"/> Teofillina <input type="checkbox"/> Inibitori di lipossigenasi <input type="checkbox"/> antagonisti dei leucotrieni <input type="checkbox"/> ICS <input type="checkbox"/> Glucocorticosteroidi orali
Il paziente continuerà la stessa associazione	Sì No
(E) Se Sì, e nella associazione e' presente la	TEOFILLINA, il paziente non e' eleggibile
Altezza del paziente*	_____ cm

Nome del Medico

Data

Firma