

DATI CLINICI - ELEGGIBILITA'
**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- SOLIRIS aSEU -**

- Soliris (eculizumab) è indicato nel trattamento di pazienti affetti da **Sindrome Emolitica Uremica atipica(aSEU)**.

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

	Data della visita*	____/____/____ (gg mm aaaa)
(E)	Diagnosi*	Sindrome Emolitica Uremica atipica(aSEU) Altra patologia
	Se altra patologia, specificare:	_____
(E)	Gravidanza in atto	Si No
	Metodi contraccettivi*	Si No Non applicabile
(E)	È stato firmato il consenso informato dal paziente o dal rappresentante legalmente valido al trattamento con Soliris? *	Si No
(E)	Infezione potenzialmente responsabile di aSEU? * (E. Coli Verotossino-produttore, Pneumococco, HIV o altri agenti infettivi):	Si No
	Test di Coombs*:	Negativo Positivo
(E)	Deficit di ADAMTS13? *	Si No
(E)	Paziente di età inferiore a 6 mesi: presenta livelli elevati di omocisteina? *	Si No Da determinare
(E)	Il paziente è affetto da anomalie del complemento (alterazioni genetiche o autoanticorpi)? *	Si No Da determinare
	Se sì, specificare:	
	Anamnesi familiare positiva per aSEU *	Si No
	Il paziente è in trattamento con plasma? *	Si No

REGISTRO DEI FARMACI ORFANI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

(E)	Se sì *	Risposta terapeutica soddisfacente Risposta terapeutica insoddisfacente
(E)	Se no *	Controindicato Plasmaresistente Eventi avversi o intolleranza Mai praticata
	Il paziente è già in trattamento con Soliris per aSEU? *	Si No
	Se sì indicare data INIZIO TERAPIA (mese ed anno) *	___/___/ (mm aaaa)
	Il paziente è in dialisi cronica? *	Si No
Se il paziente è in dialisi cronica, esistono segni di attività della malattia?		
	Trombocitopenia :	Si No
	Inserire il valore numerico delle piastrine *:	_____ /mm ³
	Schistociti rilevabili nello striscio di sangue periferico :	Si No
	Inserire il valore numerico dell'aptoglobina :	_____ mg/dL
(E)	Il paziente dovrà subire trapianto renale nelle 72 ore successive? *	Si No
(E)	È stata praticata vaccinazione antimeningococcica? *	Si No
(E)	Data di vaccinazione:	___/___/___ (gg mm aaaa)
	Data prevista per la prima somministrazione*	___/___/___ (gg mm aaaa)
(E)	SOLO SE VACCINAZIONE NON PRATICATA o SE PRATICATA DA MENO DI 15 gg È stata istituita idonea profilassi antibiotica antimeningococcica? *	Si No

 Nome del Medico

 Data

 Firma