

## XOLAIR

### INDICAZIONI TERAPEUTICHE

Xolair è indicato per migliorare il controllo dell'asma quando somministrato come terapia aggiuntiva in pazienti adulti ed adolescenti (dai 12 anni di età in poi) con asma allergico grave persistente con test cutaneo o reattività in vitro positivi ad un aeroallergene perenne e che hanno ridotta funzionalità polmonare (FEV1 <80%) nonché frequenti sintomi diurni o risvegli notturni e con documentazione di ripetute esacerbazioni asmatiche gravi nonostante l'assunzione quotidiana di alte dosi di corticosteroidi per via inalatoria, più un beta2-agonista a lunga durata d'azione per via inalatoria. Il trattamento con Xolair deve essere considerato solo per i pazienti con asma di accertata natura IgE mediata.

#### Bambini (da 6 a < 12 anni di età)

Xolair è indicato, come terapia aggiuntiva, per migliorare il controllo dell'asma in pazienti con asma allergico grave persistente che al test cutaneo o di reattività in vitro sono risultati positivi ad un aeroallergene perenne e hanno frequenti sintomi diurni o risvegli notturni e in pazienti con documentate esacerbazioni asmatiche gravi ripetute, nonostante l'assunzione quotidiana di alte dosi di corticosteroidi per via inalatoria, più un beta2-agonista a lunga durata d'azione per via inalatoria

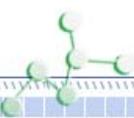
### DIAGNOSI

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

Data valutazione	____/____/____ (gg mm aaaa)
(E) Diagnosi	Asma allergico persistente Altro
Il paziente è già in trattamento con XOLAIR (trattamento iniziato prima del 14 dicembre 2008)?*	Sì No

#### Se sì, indicare

Data di inizio trattamento	____/____/____ (gg mm aaaa)
Indicare il numero di somministrazioni effettuate	_____
Valutazione clinica globale sull'efficacia del trattamento	Eccellente (controllo completo dell'asma) Buona (miglioramento marcato dell'asma) Moderata (miglioramento dell'asma rilevabile ma limitato) Scarsa (nessuna apprezzabile modificazione dell'asma) Peggioramento (dell'asma)
(E) Asma allergico persistente grave da oltre 12 mesi?	Sì No
(E) IgE totali (PRIST) sieriche all'inizio del trattamento*	_____ IU/ml
(E) Evidenza di positività per un allergene perenne alla malattia	Sì No
Se sì, test utilizzato	Skin test RAST
(E) Funzionalità respiratoria: FEV1 all'inizio del trattamento	_____ %      _____ Litri
IgE totali (PRIST) sieriche alla data di valutazione (inserimento nel Registro)	_____ IU/ml
Funzionalità respiratoria: FEV1 alla data di valutazione (inserimento nel Registro)	_____ %      _____ Litri
(E) Scarso controllo della malattia asmatica?	Sì No



## REGISTRO DEI FARMACI ANTIASMATICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

<b>Se si', specificare</b>	
<input type="checkbox"/> persistenza sintomatologia	
<input type="checkbox"/> riacutizzazioni asmatiche	Numero di episodi occorsi negli ultimi 12 mesi: _____
<input type="checkbox"/> visite in pronto soccorso per asma	Numero di episodi occorsi negli ultimi 12 mesi: _____
<input type="checkbox"/> ricoveri per asma nell'anno precedente	Numero di episodi occorsi negli ultimi 12 mesi: _____
<b>Terapia asmatica in atto al momento della prescrizione</b>	
<b>(E)</b> Trattamento steroideo per via inalatoria ad alte dosi in atto	Sì No
<b>Se si' specificare steroidi inalatori</b>	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____
<b>(E)</b> Trattamento per via inalatoria con broncodilatatore a lunga durata in atto	Sì No
<b>Se si' specificare Broncodilatatori</b>	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____
Treatmento con anti-leucotrienici	Sì No
<b>Se si' specificare anti-leucotrienici</b>	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____
Treatmento con teofillinici	Sì No
<b>Se si' specificare teofillinici</b>	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____
Treatmento con steroidi per via generale	Sì No
<b>Se si' specificare steroidi per via sistemica</b>	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____