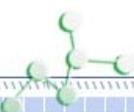


XOLAIR

FOLLOW UP	
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.	
Follow-Up*	6 mesi dall'inizio della terapia 12 mesi dall'inizio della terapia 18 mesi dall'inizio della terapia 24 mesi dall'inizio della terapia 30 mesi dall'inizio della terapia 36 mesi dall'inizio della terapia 42 mesi dall'inizio della terapia
Data valutazione*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Si sono verificati eventi correlati all'asma bronchiale dalla valutazione precedente ad oggi? *	Sì No
Se si', specificare	
<input type="checkbox"/> riacutizzazioni asmatiche	Numero di episodi occorsi dalla precedente valutazione : _____
<input type="checkbox"/> visite in pronto soccorso per asma	Numero di episodi occorsi dalla precedente valutazione : _____
<input type="checkbox"/> ricoveri per asma nell'anno precedente	Numero di episodi occorsi dalla precedente valutazione : _____
Funzionalità respiratoria: FEV1*	_____ % _____ Litri
IgE totali (PRIST) sieriche*	_____ IU/ml
Terapia asmatica in atto	
Trattamento steroideo per via inalatoria ad alte dosi in atto*	Sì No
Se si' specificare steroidi inalatori	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____
Trattamento per via inalatoria con broncodilatatore a lunga durata in atto*	Sì No
Se si' specificare Broncodilatatori	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____
Trattamento con anti-leucotrienici*	Sì No
Se si' specificare anti-leucotrienici	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____
Trattamento con teofillinici*	Sì No
Se si' specificare teofillinici	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____



REGISTRO DEI FARMACI ANTIASMATICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

Trattamento con steroidi per via generale*	Sì No
Se si' specificare steroidi per via sistemica	
Principio attivo	_____
Dosaggio (mg)	_____
Si sono verificate sospette Reazioni Avverse? *	Sì se si' compilare modulo ministeriale ADR No
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)
Il paziente prosegue la terapia	Sì No