

Documento PTR n. 298 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE DI
ACLIDINIO + FORMOTEROLO
NEL TRATTAMENTO DELLA
BRONCOPNEUMOPATIA
CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)**

Aprile 2017

Assessorato Politiche per la Salute – Commissione Regionale del Farmaco
Piano Terapeutico Regionale per la prescrizione di Acclidinio + Formoterolo 340 mcg/12 mcg
nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)

Medico prescrittore _____ Tel _____ Unità Operativa _____

Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: M F

Data di Nascita _____ Residenza _____ Codice fiscale _____

Durata (anni) di malattia (solo alla 1° prescrizione) _____

Il Piano terapeutico, della validità di 12 mesi, è da compilarsi ai fini della rimborsabilità, come da determina AIFA, da parte degli specialisti pneumologo, allergologo, geriatra, internista che operano presso i Centri Ospedalieri delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna. Le prescrizioni successive alla prima potranno essere effettuate dai Medici di Medicina Generale, qualora siano soddisfatte le condizioni 1 e 2:

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

FEV₁ / FVC (da esame spirometrico) _____

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 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 annuale del piano terapeutico, si deve considerare solamente la condizione riportata al punto (2)

PRIMA PRESCRIZIONE <input type="checkbox"/>	PROSECUZIONE TERAPIA:	
	CON MODIFICHE <input type="checkbox"/>	SENZA MODIFICHE <input type="checkbox"/>
	Posologia	
Acclidinio + Formoterolo	340 mcg/12 mcg 2 volte al giorno	

Data valutazione _____

Timbro e Firma del Medico
