

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA
RELATIVA AL MEDICINALE ILUVIEN (FLUOCINOLONE ACETONIDE)**

LA PRESCRIZIONE È LIMITATA AI CENTRI SPECIALISTICI INDIVIDUATI DALLE REGIONI

Azienda Sanitaria: _____
Unità Operativa: _____
Nome e cognome del medico prescrittore: _____

Paziente (nome, cognome): _____	
Data di nascita: ____/____/____	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale: _____	
Residente a _____	Tel: _____
Regione: _____	Prov: _____
Email : _____	
ASL di Residenza: _____	

Indicazione terapeutiche autorizzate

1) NIUPS

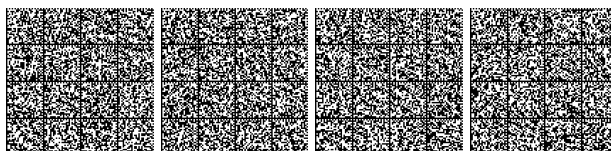
Prevenzione della recidiva dell'uveite non infettiva recidivante che interessa il segmento posteriore dell'occhio (vedere paragrafo 5.1).

Il medicinale è rimborsato solo ai pazienti che hanno risposto inizialmente ad Ozurdex e hanno successivamente mostrato una recidiva entro 6 mesi.

2) DME

Trattamento della compromissione visiva associata all'edema maculare diabetico (DME) che non risponde in misura sufficiente alle altre terapie disponibili. **DME**

Il medicinale è rimborsato ai soli pazienti pseudofachici.



SCHEDA DIAGNOSI

Selezionare indicazione

- ☐ NIUPS
- ☐ DME

Se selezionato **NIUPS**,**DIAGNOSI**Uveite **non infettiva recidivante** che interessa il segmento posteriore dell'occhio

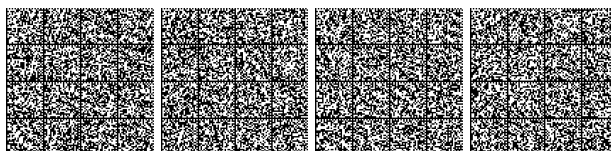
- ☐ Con edema maculare
- ☐ Senza edema maculare

CONDIZIONI*(Ai fini della prescrizione devono essere soddisfatte tutte le condizioni sotto riportate)*

- ☐ Almeno due episodi di recidive negli ultimi tre anni
- ☐ Ultima recidiva trattata con impianto intravitreale di desametasone
- ☐ Intervallo di almeno 4 mesi dall'ultima iniezione di impianto intravitreale di desametasone

Se selezionato **DME**,

- ☐ Compromissione visiva associata all'edema maculare diabetico cronico che non risponde in misura sufficiente alle altre terapie disponibili (fotocoagulazione laser, farmaci anti-VEGF) in paziente pseudofachico.
- ☐ Paziente precedentemente trattato con _____



PROGRAMMA TERAPEUTICO NIUPS

E' possibile compilare un'unica scheda di prescrizione per occhio da trattare (RCP 4.2)

FARMACO	SPECIALITA'	DOSE	OCCHIO DA TRATTARE
ILUVIEN	190 microgrammi impianto intravitreale in applicatore	un impianto nell'occhio interessato	<input type="checkbox"/> DESTRO <input type="checkbox"/> SINISTRO

POSOLOGIA E MODO DI SOMMINISTRAZIONE (RCP 4.2)

- La dose raccomandata è di un impianto di ILUVIEN somministrato nell'occhio interessato.
- Si sconsiglia la somministrazione concomitante in entrambi gli occhi (RCP 4.4).
- Ogni impianto di ILUVIEN rilascia fluocinolone acetone per un periodo massimo di 36 mesi.
- Non vi sono dati disponibili a supporto della ripetizione del trattamento con un impianto supplementare nella prevenzione della recidiva dell'uveite non infettiva recidivante che interessa il segmento posteriore dell'occhio.

Si prega di fare riferimento a quanto riportato in RCP

PROGRAMMA TERAPEUTICO DME

FARMACO	SPECIALITA'	DOSE	OCCHIO DA TRATTARE
ILUVIEN	190 microgrammi impianto intravitreale in applicatore	un impianto nell'occhio interessato	<input type="checkbox"/> DESTRO <input type="checkbox"/> SINISTRO

POSOLOGIA E MODO DI SOMMINISTRAZIONE (RCP 4.2)

- La dose raccomandata è di un impianto di ILUVIEN somministrato nell'occhio interessato.
- Si sconsiglia la somministrazione concomitante in entrambi gli occhi (RCP 4.4).
- Ogni impianto di ILUVIEN rilascia fluocinolone acetone per un periodo massimo di 36 mesi. Dopo 12 mesi è possibile somministrare un secondo impianto se il paziente è interessato da un calo della vista o da un aumento dello spessore della retina secondari a recidiva o peggioramento dell'edema maculare diabetico (vedere paragrafo 5.1). Il trattamento non deve essere ripetuto salvo i potenziali benefici superino i rischi.

Si prega di fare riferimento a quanto riportato in RCP

Data valutazione: ____/____/____

Timbro e firma del medico prescrittore

