

**Piano Terapeutico Ospedaliero****Specialità medicinale: ILUVIEN® (Fluocinolone acetone)**

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

La rimborsabilità è limitata ai soli pazienti pseudofachici.

|  |  |
|--|--|
| Azienda Sanitaria: _____                                 |  |
| Unità Operativa Richiedente: _____                       | Data: ____/____/____   |
| Paziente (nome, cognome): _____                          |  |
| Data di nascita: ____/____/____                          | Sesso: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Codice Fiscale o Tessera Sanitaria dell'Assistito: _____ |  |
| ASL di Residenza: _____                                  | Provincia: _____ Regione: _____                              |

| Diagnosi   |                          |
|--|--------------------------|
| Compromissione visiva associata all'edema maculare diabetico (DME) cronico che non risponde in misura sufficiente alle altre terapie disponibili (fotocoagulazione laser, farmaci anti-VEGF) in paziente pseudofachico | <input type="checkbox"/> |

Specificare il/i trattamento/i precedente/i:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

| Farmaco  | Specialità  | Dose                                 | Occhio trattato  |
|----------|---|--------------------------------------|--|
| ILUVIEN® | 190 microgrammi di fluocinolone acetone.<br>Impianto intravitreale in applicatore | Un impianto nell'occhio interessato. | <input type="checkbox"/> Destro<br><input type="checkbox"/> Sinistro |

La dose raccomandata è di un impianto di ILUVIEN somministrato nell'occhio interessato. Si sconsiglia la somministrazione concomitante in entrambi gli occhi (vedere RCP paragrafo 4.4).

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 RCP paragrafo 5.1).

Il trattamento non deve essere ripetuto salvo i potenziali benefici superino i rischi.

Nome e cognome del Medico\*: \_\_\_\_\_

Recapiti del Medico\*: \_\_\_\_\_

\* La prescrivibilità è riservata agli specialisti oculisti.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

**Responsabile del Procedimento: Dr. Alessandro Dacomo**

Referente procedura: Laura Trentin

Tel. 0444-75.3484/75.3381 Fax 0444-75.3941

e mail: [segreteria.farmacia@aulss8.veneto.it](mailto:segreteria.farmacia@aulss8.veneto.it)