

שם המבוטח:

ת"ז:

גיל מעל 12 שנים\*

תאריך מילוי הבקשה:

על המבוטח לעמוד בכל אחד מהקריטריונים 1-4

**1. אסתמה חמורה**

החולה סובל מאסתמה בדרגת חומרה קשה (על פי הנחיות GINA) שאובחנה ע"י מומחה ברפואת ריאות או רופא מומחה באלרגיה ואימונולוגיה קלינית, המוגדרת לפי שימוש קבוע ב- ICS במינון גבוה (על פי הנחיות GINA) יחד עם תרופה שנייה, בדרך כלל LABA. משטר הטיפול הנוכחי באסתמה: \_\_\_\_\_

**2. אאוזינופיליה בשנתיים האחרונות**

לחולה אאוזינופיליה בדם ברמה של 400 תאים פר מיקרוליטר ומעלה בשתי בדיקות דם לחולה מהשנתיים האחרונות.

בתאריך: \_\_\_\_\_ ספירת האאוזינופילים היתה: \_\_\_\_\_ תאים פר מיקרוליטר

בתאריך: \_\_\_\_\_ ספירת האאוזינופילים היתה: \_\_\_\_\_ תאים פר מיקרוליטר

**3. החמרות או טיפול קבוע בקורטיקוסטרואידים במתן פומי/סיסטמי מספיק אם המטופל עומד באחד מהסעיפים א-ג**

**א.** שתי החמרות או יותר אשר לפחות אחת מהן הצריכה פניה למיון או אשפוז בשנה האחרונה עקב אסתמה לא מאוזנת.

תאריך האשפוז/פניה למיון: \_\_\_\_\_

תאריך החמרה: \_\_\_\_\_

**ב.** שלוש החמרות או יותר בשנה האחרונה שנזקקו לטיפול בסטרואידים סיסטמיים במשך לפחות שלושה ימים.

תאריך החמרה: \_\_\_\_\_

תאריך החמרה: \_\_\_\_\_

תאריך החמרה: \_\_\_\_\_

**ג.** המטופל נוטל טיפול קבוע בקורטיקוסטרואידים במתן פומי למשך לפחות 50% מהזמן במטרה לשלוט במחלה.

מינון: \_\_\_\_\_

**4. אטופיה והתאמה ל-Omalizumab מספיק אם המטופל עומד באחד מהסעיפים א-ג**

**א.** המטופל אינו עומד במסגרת ההכללה בסל של Omalizumab (תבחיני עור או IGE specific חיובי)

**ב.** המטופל נכשל בטיפול Omalizumab - ב

**ג.** המטופל לא סבל את הטיפול Omalizumab - ב

משך הטיפול בחודשים: \_\_\_\_\_

סיבת הכשלון: \_\_\_\_\_

משך הטיפול בחודשים: \_\_\_\_\_

תאור: \_\_\_\_\_



שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_

חותמת הרופא: \_\_\_\_\_

Fasenra® is indicated as an add-on maintenance treatment in adult patients with severe eosinophilic asthma inadequately controlled despite high-dose inhaled corticosteroids plus long-acting β-agonists<sup>2</sup>.

סימוכין: 1. חוזר המנהל הכללי משרד הבריאות 1/20-19, 16 בינואר 2019. 2. AstraZeneca (Israel) Ltd.; 2018. Fasenra® 30 mg [package insert]. Israel: AstraZeneca (Israel) Ltd.; 2018. \* פסנרה רשומה בישראל למבוגרים מגיל 18 ומעלה. טרם מתן מרשם נא לעיין בעלון לרופא כפי שאושר ע"י משרד הבריאות

אסטרזהניקה ישראל בע"מ, החרש 6 ת.ד. 1455, הוד השרון 4524075

