

# HyQvia® (Immunoglobulina umana normale)

## Richiesta di copertura dei costi all'attenzione del medico consulente

### Richiesta di copertura dei costi per HyQvia® (Immunoglobulina umana normale)

**Riguardo alla richiesta di copertura:** Chiediamo la copertura di HyQvia®, inclusi gli articoli della lista dei mezzi e apparecchi (MiGeL) 03.06 Pompe a perfusione: Pompa a perfusione, portatile (03.06.01.00.1), kit di perfusione, serbatoio.

Indicazioni/Possibilità di utilizzo:

- Terapia sostitutiva negli adulti, nei bambini e negli adolescenti (di età compresa tra 0 e 18 anni) per il trattamento di:
  - Immunodeficienza primaria (PID) con compromissione della produzione di anticorpi.
  - Immunodeficienze secondarie (SID in pazienti con infezioni severe o ricorrenti, trattamento antimicrobico inefficace e documentato difetto di anticorpi specifici (PSAF, proven specific antibody failure)\* o livello sierico di IgG < 4 g/l.  
\*PSAF = mancato aumento di almeno 2 volte del titolo anticorpale IgG in risposta ai vaccini con antigeni polisaccaridici e polipeptidici di pneumococco.
- Terapia immunomodulante negli adulti, nei bambini e negli adolescenti (di età compresa tra 0 e 18 anni) con:
  - Polineuropatia demielinizante infiammatoria cronica (CIDP, *chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy*) come terapia di mantenimento dopo stabilizzazione con immunoglobuline per somministrazione endovenosa (IVIg) (cfr. la rubrica «Proprietà/effetti»).

### Informazioni personali del paziente/della paziente:

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

Sesso:

 ♀  ♂

Via:

Complemento dell'indirizzo:

CAP:

Città:

Cassa malati:

Numero della cassa malati:

Indirizzo Assicurazione (Servizio del medico di fiducia (MF) o MF):

Complemento dell'indirizzo:

CAP:

Città:

### Dati medici:

Il paziente soffre di una **polineuropatia infiammatoria demielinizante cronica (PIDC/CIDP)**. Una richiesta di copertura dei costi per un trattamento di mantenimento con HyQvia® dopo stabilizzazione con immunoglobuline somministrate per via endovenosa (IVIg) è presentata.

Dosaggio:

Peso (kg):

Dosaggio in g per kg di peso corporeo al mese

Osservazioni/Complementi:

### Medico che formula la richiesta:

Nome:

Cognome:

Via:

Complemento d'indirizzo:

CAP:

Città:

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Esercita presso l'ospedale, aggiungere il nome dell'ospedale:

Dipartimento:

Data: