

Behandlingsprotokol
Nucala (mepolizumab)
Indikation: Tillægsbehandling til patienter med svær, eosinofil astma, med hyppige exacerbationer trods optimeret behandling på trin 4 i.h.t. GINA.
Primære behandlingsmål: Reduktion af eksacerbationer.
Evaluering af effekt: Efter 12 måneder. Se "Retningslinjer for behandling med Mepolizumab"

Patient	Navn:
Startdato: _____	CPR:
Kriterier for behandling med Nucala (udfyldes af ordinerende læge):	Sæt kryds - alle kriterier skal være opfyldt
Højddosis ICS* + 2. Controller (LABA, LAMA, LTRA**) Eller dagligt brug af prednisolon >50% af tiden seneste 12 mdr	<input type="checkbox"/>
Eosinofil inflammation: Blod eosinofile: > 0.15 x 10⁹ aktuelt eller > 0.30 x 10⁹ seneste år	<input type="checkbox"/>
Sputum eosinofile: ≥3% seneste år	<input type="checkbox"/>
FeNO ≥50 ppb seneste år	<input type="checkbox"/>
Eksacerbationer > 1 seneste år*** Eller vedvarende behov for peroral steroid, hvor der ikke kan trappes ned uden tab af astma kontrol	<input type="checkbox"/>
*** Med behov for systemisk steroid behandling	
Adherence > 80% (vurderes ud fra FMK ud fra recept indløsning over de seneste 6 mdr)	<input type="checkbox"/>
Inhalationsteknik korrekt	<input type="checkbox"/>

*Højddosis inhalationssteroider	Døgndosis (µg)#	***"Second controllers"
Budesonid	≥1600	LABA: Langtidsvirkende beta-2-agonist
Fluticasonpropionat	≥1000	LAMA: Langtidsvirkende anti-kolinergikum
Fluticasonfuroat	≥184	LTRA: Leukotrien antagonist
Mometasonfuroat	≥800	Teofylamin
Beclomethason (HFA)	≥1000	
Ciclesonide	≥320	

#Angivet i "measured dose". Nogle kombinationspræparater angives i "delivered dose".

Medicinstatus ved opstart

Præparat navn	Dosis	x dagligt
Estimeret prednisolon dosis over det seneste år:	Gennemsnit (mg/dag):	

År 1

Dosis nr.	Dato adm	ACQ -7	NO (ppb)	FEV1 (L)	FEV1 (%)	Batch nr	Antal exacerbationer sidste 12 mdr	Blod eosinofile	Læge kontrol (Dato)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

12 måneders status	Vurderes ved 12 mdrs lægekontrol
Reduktion af eksacerbationer?	Deltaværdi: _____
Bedring i astma kontrol?	Ja: ___ Nej: ___ Delta ACQ: _____
Reduceret brug af peroral steroid?	Ja: ___ (Ændring daglig dosis: ___ mg) Nej: ___ Anvendes ikke _____
Bedring i lungefunktion?	FEV1: _____ mL (ændring)
Forsættes behandlingen?*	Ja: ___ Nej: ___ Hvis nej, begrundelse: _____ Manglende effekt: ___ Bivirkninger: ___ Pt. ønsker ikke at fortsætte: ___

*Ved manglende effekt på exacerbationer, astma kontrol eller lungefunktion bør seponering overvejes.

Ved tvivlsom effekt anbefales pausering af behandling, med ny evaluering af exacerbationer, astma kontrol og lungefunktion efter 4-6 måneder

Medicinstatus 12 mdr

Præparat navn	Dosis	x dagligt

År 2

Dosis nr.	Dato adm	ACQ -7	NO (ppb)	FEV1 (L)	FEV1 (%)	Batch nr	Antal exacerbationer sidste 12 mdr	Blod eosinofile	Læge kontrol (Dato)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

2 års status	Vurderes ved 2 års lægekontrol
Reduktion af eksacerbationer?	Deltaværdi: _____
Bedring i astma kontrol?	Ja: ___ Nej: ___ Delta ACQ: _____
Reduceret brug af peroral steroid?	Ja: ___ (Ændring daglig dosis: ___ mg) Nej: ___ Anvendes ikke _____
Bedring i lungefunktion?	FEV1: _____ mL
Forsættes behandlingen?*	Ja: ___ Nej: ___ Hvis nej, begrundelse: _____ Manglende effekt: ___ Bivirkninger: ___ Pt. ønsker ikke at fortsætte: ___

*Ved manglende effekt på exacerbationer, astma kontrol eller lungefunktion bør seponering overvejes
Ved tvivlsom effekt anbefales pausering af behandling, med ny evaluering af exacerbationer, astma kontrol og lungefunktion efter 4-6 måneder

Medicinstatus 24 mdr

Præparat navn	Dosis	x dagligt

År _____

Dosis nr.	Dato adm	ACQ -7	NO (ppb)	FEV1 (L)	FEV1 (%)	Batch nr	Antal exacerbationer sidste 12 mdr	Blod eosinofile	Læge kontrol (Dato)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

__ års status	Vurderes ved __ års lægekontrol
Reduktion af eksacerbationer?	Deltaværdi: _____
Bedring i astma kontrol?	Ja: __ Nej: __ Delta ACQ: _____
Reduceret brug af peroral steroid?	Ja: __ (Ændring daglig dosis: __ mg) Nej: __ Anvendes ikke _____
Bedring i lungefunktion?	FEV1: _____ mL
Forsættes behandlingen?*	Ja: __ Nej: __ Hvis nej, begrundelse: _____ Manglende effekt: __ Bivirkninger: __ Pt. ønsker ikke at fortsætte: __

*Ved manglende effekt på exacerbationer, astma kontrol eller lungefunktion bør seponering overvejes
Ved tvivlsom effekt anbefales pausering af behandling, med ny evaluering af exacerbationer, astma kontrol og lungefunktion efter 4-6 måneder

Medicinstatus __ mdr

Præparat navn	Dosis	x dagligt