

ALLEGATO B-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA:

PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"

REGIONE CALABRIA

Psoriasi a Placche

Cognome:.....

Nome:.....

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Sesso: M ☐ F ☐

Luogo di nascita _____

☐ Estero

Data di nascita (gg/mm/anno) ☐☐.☐.☐☐☐☐

ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

Data di valutazione (gg/mm/anno) ☐☐.☐.☐☐☐☐

PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:

☐ Psoriasi a Placche

☐ Paziente Adulto

☐ Paziente Pediatrico

Anno esordio malattia: ☐☐☐

Peso Kg ☐☐☐

Altezza (cm) ☐☐☐

Terapia precedente con:	Si	No	Terapia precedente interrotta o non effettuata per:
Metotrexato	☐	☐	☐ Intolleranza/Tossicità ☐ Inefficacia ☐ Controindicazioni ☐ Co-morbidità ☐ Altro (specificare) _____
Ciclosporina	☐	☐	☐ Intolleranza/Tossicità ☐ Inefficacia ☐ Controindicazioni ☐ Co-morbidità ☐ Altro (specificare) _____

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN deve essere limitato a pazienti con psoriasi a placche di grado da moderato a severo (definita come: PASI >10 o BSA >10% oppure BSA <10% o PASI <10 associato a lesioni al viso o palmari/plantari, ungueali o genitali) che non abbiano risposto o che siano risultati intolleranti (fallimento terapeutico) ad un DMARD sintetico convenzionale. Le forme di psoriasi diverse da quella psoriasi cronica a placche, in particolare, psoriasi guttata, pustolosa localizzata (inclusa l'acrodermatite continua di Hallopeau) e pustolosa generalizzata, quando non associate a psoriasi a placche, NON hanno indicazione.

approvata per l'utilizzo dei farmaci biologici. Per le indicazioni pediatriche dei farmaci biologici fare riferimento ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente:

1. Presenta:

☐ PASI > 10 e BSA > 10

oppure

☐ PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni:

☐ al viso ☐ palmo/plantare ☐ ungueale ☐ genitale

2. Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:

Farmaco (specificare): _____

Precedente terapia con biologico? ☐ sì ☐ no Se

sì, da: (data): mm/anno) ☐☐.☐☐☐☐

Se no: in caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo **allegare la relazione clinica** che ne motivi la prescrizione.

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

	FARMACO		FARMACO
☐	Adalimumab (Humira®)	☐	Infliximab (Remicade®)
☐	Adalimumab biosimilare	☐	Infliximab biosimilare
☐	Etanercept (Enbrel®)	☐	Secukinumab (Cosentyx®)
☐	Etanercept biosimilare	☐	Ixekizumab (Talz®)
☐	Ustekinumab (Stelara®)	☐	Guselkumab (Tremfya®)
☐	Brodalumab (Kyntheum®)	☐	Certolizumab Pegol (Cimzia®)
☐	Risankizumab (Skyrizi®)	☐	Tildrakizumab (Ilumetri®)

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI§

**PASI (Psoriasis Area Severità Index) > 10 e/o BSA (Body Surface Area) > 10%
e/o DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10 (dopo fallimento /intolleranza/controindicazione
delle terapie standard)**

☐ Sì

☐ No Giustificare:

§ = *Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico*

PRESCRIZIONE:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA
☐	Adalimumab (Humira®)	_____mg ogni_____gg
☐	Adalimumab biosimilare	_____mg ogni_____gg
☐	Etanercept (Enbrel®)	_____mg ogni_____gg
☐	Etanerceptbiosimilare	☐ ☐ ☐ mg ogni_____gg
☐	Infliximab (Remicade®)	☐ ☐ ☐ mg infusioneogni ☐ ☐ settimane
☐	Infliximab biosimilare	☐ ☐ ☐ mg infusioneogni ☐ ☐ settimane
☐	Ustekinumab (Stelara®)	☐ ☐ mg sc in fase di induzione ☐ ☐ mg scmantenimentoogni ☐ ☐ settimane
☐	Secukinumab (Cosentyx®)	☐ ☐ ☐ mg ogni ☐ ☐ settimane
☐	Ixekizumab (Talz®)	☐ ☐ mg sc in fase di induzione ☐ ☐ mg scmantenimentoogni ☐ ☐ settimane
☐	Guselkumab (Tremfya®)	☐ ☐ mg sc in fase di induzione ☐ ☐ mg scmantenimentoogni ☐ ☐ settimane
☐	Brodalumab (Kyntheum®)	☐ ☐ mg sc in fase di induzione ☐ ☐ mg scmantenimentoogni ☐ ☐ settimane
☐	Risankizumab (Skyrizi®)	☐ ☐ mg sc in fase di induzione ☐ ☐ mg scmantenimentoogni ☐ ☐ settimane
☐	CertolizumabPegol (Cimzia®)	☐ ☐ mg sc in fase di induzione ☐ ☐ mg scmantenimentoogni ☐ ☐ settimane
☐	Tildrakizumab (Ilumetri®)	☐ ☐ mg sc in fase di induzione ☐ ☐ mg scmantenimentoogni ☐ ☐ settimane
	RIGA PER EVENTUALI BIOLOGICI NON PRESENTI NELLA TABELLA MA INSERITI INPTR_____	

Farmacia di riferimento:

- ☐ Farmacia Ospedaliera del Centro prescrittore
☐ Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
☐ Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____ DURATA DELLA TERAPIA (max seimesi) _____

Timbro e Firma

Del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento) N. ☐☐ rivalutazione a 6

mesi Cognome:..... Nome:.....

C.F.....Peso Kg ☐☐☐

Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici) ☐☐☐ Data della rivalutazione: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Visual Analog Scale (0-10) giudizio paziente ☐☐ Indice PASI: _____

BSA: _____

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

☐ SI ☐ NO

Se no:

☐ switch verso altro farmaco biologico ☐ switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio

☐ sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri §§) ☐ fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione: ☐ Inefficacia/ Progressione di malattia ☐ Decisione del paziente

☐ Remissione di malattia ☐ Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

☐ Gravidanza ☐ Intervento chirurgico ☐ Altro (specificare): _____

§§ DI SOSPENSIONE O RIDUZIONE DELLA DOSE: riduzione del PASI del 75% (PASI 75)

PRESCRIZIONE:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA allargare
☐	Adalimumab (Humira®)	☐ ☐ mg ogni ☐ ☐ gg
☐	Adalimumab biosimilare	☐ ☐ mg ogni ☐ ☐ gg
☐	Etanercept (Enbrel®)	☐ ☐ ☐ mg ogni _____ gg
☐	Etanercept biosimilare	☐ ☐ ☐ mg ogni _____ gg
☐	Infliximab (Remicade®)	☐ ☐ ☐ mg infusione ogni ☐ ☐ settimane
☐	Infliximab biosimilare	☐ ☐ ☐ mg infusione ogni ☐ ☐ settimane
☐	Ustekinumab (Stelara®)	☐ ☐ mg sc ogni ☐ ☐ settimane
☐	Secukinumab (Cosentyx®)	☐ ☐ ☐ mg ogni ☐ ☐ settimane
☐	Ixekizumab (Talz®)	☐ ☐ mg sc in fase di induzione ☐ ☐ mg sc mantenimento ogni ☐ ☐ settimane
☐	Guselkumab	☐ ☐ mg sc in fase di induzione ☐ ☐ mg sc mantenimento ogni ☐ ☐ settimane

☐	Brodalumab (Kyntheum®)	☐ mg sc in fase di induzione ☐ mg sc mantenimento ogni ☐ settimane
☐	Risankizumab (Skyrizi®)	☐ mg sc in fase di induzione ☐ mg sc mantenimento ogni ☐ settimane
☐	Certolizumab Pegol (Cimzia®)	☐ mg sc in fase di induzione ☐ mg sc mantenimento ogni ☐ settimane
☐	Tildrakizumab (Ilumetri®)	☐ mg sc in fase di induzione ☐ mg sc mantenimento ogni ☐ settimane
	RIGA PER EVENTUALI BIOLOGICI NON PRESENTI NELLA TABELLA MA INSERITI IN PTR _____	

Farmacia di riferimento:

- ☐ Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
☐ Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
☐ Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

DATA _____

DURATA (max seimesi) _____

**Timbro e Firma
Del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-3

FINE TRATTAMENTO

Data di fine trattamento ☐☐☐.☐☐☐.☐☐☐☐

Causa di fine trattamento:

- ☐ Remissione ☐ Progressione di malattia ☐ Trasferimento ☐ Perdita al follow up
☐ Morte ☐ Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____
☐ Altro (specificare): _____

Pregressimesi in biologico ☐☐☐

Data _____

Timbro e Firma

Del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza
