

| PRINCIPIO ATTIVO | Area Reumatologia | | | | | Area Dermatologia | | | Area Gastroenterologia | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------|--|-------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------------|--------------------|
| | ARTRITE REUMAT. (AR) | ARTRITE PSORIASICA (AP) | SPONDILIT E ANCHILOS. (SA) | SPONDILARTRIT E ASSIALE | ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE | ARTRITE PSORIASICA (AP) | PSORIASI A PLACCH E | IDROSADENIT E SUPPURATIVA | MALATTI A DI CROHN | COLITE ULCEROS A |
| INIBITORI DEL TNF-alfa | | | | | | | | | | |
| Adalimumab L04AB04 SC | X (con MTX o in monoterapi a) | X | X | X | X (con MTX o in monoterapi a) Adulti e bambini | X | X Adulti e Bambini | X | X Adulti e Bambini | X Adulti e Bambini |
| Adalimumab biosimilare L04AB04 SC | X (con MTX o in monoterapi a) | X | X | X | X (con MTX o in monoterapi a) Adulti e bambini | X | X Adulti e Bambini | X | X Adulti e Bambini | X Adulti e Bambini |
| Certolizumab Pegol L04AB05 SC | X (con MTX o in monoterapi a) | X (con MTX o in monoterapi a) | X | X | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | X | NO | NO | NO |
| Etanercept L04AB01 SC | X (con MTX o in monoterapi a) | X | X | NO | X | X | X Adulti e Bambini | NO | NO | NO |
| Etanercept biosimilare L04AB01 SC | X (con MTX o in monoterapi a) | X | X | NO | X | X | X Adulti e Bambini | NO | NO | NO |
| Golimumab L04AB06 SC | X (con MTX) | X (con MTX o in monoterapi a) | X | X | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | NO | NO | NO | X |
| Infliximab L04AB02 Infusione EV | X (con MTX) | X (con MTX o in monoterapi a) | X | NO | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | X | NO | X Adulti e Bambini | X Adulti e Bambini |
| Infliximab biosimilare L04AB02 Infusione EV | X (con MTX) | X (con MTX o in monoterapi a) | X | NO | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | X | NO | X Adulti e Bambini | X Adulti e Bambini |
| INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA | | | | | | | | | | |
| Anakinra L04AC03 SC | X (con MTX) | NO | NO | NO | X (malattia di Still) | NO | NO | NO | NO | NO |
| Brodalumab L04AC12 SC | NO | NO | NO | NO | NO | NO | X | NO | NO | NO |
| Canakinumab L04AC08 SC | NO | NO | NO | NO | X | NO | NO | NO | NO | NO |
| Guselkumab L04AC16 SC | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | NO | NO | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | X | NO | NO | NO |

| PRINCIPIO ATTIVO | Area Reumatologia | | | | | Area Dermatologia | | | Area Gastroenterologia | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--|-------------------------------|--------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|
| | ARTRITE REUMAT. (AR) | ARTRITE PSORIASICA (AP) | SPONDILIT E ANCHILOS. (SA) | SPONDILARTRITR E ASSIALE | ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE | ARTRITE PSORIASICA (AP) | PSORIASIA PLACCH E | IDROSADENIT E SUPPURATIVA | MALATTI A DI CROHN | COLITE ULCEROSA |
| Ixekizumab L04AC13 SC | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | NO | NO | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | X Adulti e bambini | NO | NO | NO |
| Risankizumab L04AC EV | NO | NO | NO | NO | NO | NO | X | NO | NO | NO |
| Sarilumab L04AC14 SC | X (con MTX o in monoterapi a) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| Secukinumab L04AC10 SC | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | X | X | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | X Adulti e bambini | NO | NO | NO |
| Tildrakizumab L04AC17 SC | NO | NO | NO | NO | NO | NO | X | NO | NO | NO |
| Tocilizumab L04AC07 EV, SC | X (con MTX o in monoterapi a) | NO | NO | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | NO | NO | NO | NO | NO |
| Ustekinumab L04AC05 SC | NO | X | NO | NO | NO | X | X Adulti e bambini | NO | X | X |
| IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI | | | | | | | | | | |
| Abatacept L01AA24 Infusione EV e SC | X (con MTX) | NO | NO | NO | X (con MTX o in monoterapi a) | NO | NO | NO | NO | NO |
| Apremilast L04AA32 OS | NO | X | NO | NO | NO | X | X | NO | NO | NO |
| Baricitinib L04AA37 OS | X (con MTX o in monoterapi a) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| Filgotinib L04AA45 OS | X (con MTX o in monoterapi a) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |

| PRINCIPIO ATTIVO | Area Reumatologia | | | | | Area Dermatologia | | | Area Gastroenterologia | |
|--|------------------------------|-------------------------|----------------------------|-------------------------|--|-------------------------|--------------------|---------------------------|------------------------|-----------------|
| | ARTRITE REUMAT. (AR) | ARTRITE PSORIASICA (AP) | SPONDILIT E ANCHILOS. (SA) | SPONDILARTRIT E ASSIALE | ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE | ARTRITE PSORIASICA (AP) | PSORIASIA PLACCH E | IDROSADENIT E SUPPURATIVA | MALATTI A DI CROHN | COLITE ULCEROSA |
| Tofacitinib L04AA29 OS | X (con MTX o in monoterapia) | X (con MTX) | NO | NO | NO | X (con MTX) | NO | NO | NO | X |
| Upadacitinib L04AA44 OS | X (con MTX o in monoterapia) | X | NO | NO | NO | X | NO | NO | NO | NO |
| Vedolizumab L04AC10 SC | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | X | X |
| ANTICORPI MONOCLONALI | | | | | | | | | | |
| Rituximab L01XC02 Infusione EV | X (con MTX) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |
| Rituximab biosimilare L01XC02 Infusione EV | X (con MTX) | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO |

Tabella 2. Indicazioni dei farmaci biologici e non.

| Principio attivo | Centri Autorizzati alla prescrizione |
|--|--|
| INIBITORI DEL TNF-alfa | |
| Adalimumab L04AB04 SC | <ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria |
| Adalimumab biosimilare L04AB04 SC | <ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria |
| Certolizumab Pegol L04AB05 SC | <ul style="list-style-type: none"> Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia Area Dermatologica - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |

| | |
|--|---|
| | |
| Golimumab L04AB06 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale |
| Etanercept L04AB01 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia |
| Etanercept biosimilare L04AB01 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia |
| Infliximab L04AB02 EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria |
| Infliximab biosimilare L04AB02 EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria |
| INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA | |
| Anakinra L04AC03 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia |
| Brodalumab L04AC12 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Canakimumab L04AC08 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Centri Malattie Rare |
| Guselkumab L04AC16 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Ixekizumab L04AC13 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di |

| | |
|--|--|
| | Dermatologia |
| Risankizumab L04AC EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Sarilumab L04AC14 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia |
| Secukinumab L04AC10 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia |
| Tildrakizumab L04AC17 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Tocilizumab L04AC07 EV e SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia |
| Ustekinumab L04AC05 SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale |
| IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI | |
| Abatacept L04AA24 EV e SC | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia |
| Apremilast L04AA32 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Baricitinib L04AA37 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia |
| Filgotinib L04AA45 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia |
| Tofacitinib L04AA29 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale |
| | |

| | |
|---|--|
| Upadacitinib L04AA44 OS | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia • Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke: Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia |
| Vedolizumab L04AA33 EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke: Gastroenterologia, Medicina Generale |
| ANTICORPI MONOCLONALI | |
| Rituximab L01XC02 EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia |
| Rituximab biosimilare L01XC02 EV | <ul style="list-style-type: none"> • Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke: Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia |

Tabella 3. Centri autorizzati alla prescrizione

ALLEGATO A-1

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti*

Cognome: Nome:

Codice Fiscale Sesso: M F Luogo di nascita _____ EsteroData di nascita (gg/mm/anno) ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONEData di valutazione (gg/mm/anno) **PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:** **Artrite Reumatoide (AR)** Artrite Reumatoide siero-positiva Artrite Reumatoide siero-negativa **Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica** **Artrite Psoriasica (AP)** **Spondilite Anchilosante (SA)** **Artrite Gottosa**Anno esordio malattia: Peso Kg Altezza (cm)

Precedenti terapie:

MTX: si no Dose MTX (mg/settimana): os im o sc per mesi

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione §:

 Intolleranza Altro (specificare): _____Il trattamento con MTX per via parenterale si è protratto per almeno 6 mesi? si no

Se no motivare:

E' stato valutato il livello plasmatico del MTX per valutare il raggiungimento dei livelli plasmatici farmacologicamente efficaci? si no

Se no motivare *:

*Fanno eccezione solo i pazienti che presentano elevati livelli di ACCP >> 3 volte il valore normale, Fattore Reumatoide Positivo la probabilità di avere una forma gravemente erosiva ab inizio è elevatissima e che pertanto debbono essere trattati con DMARDs per un periodo osservazionale massimo di 3 mesi, poiché le lesioni possono diventare irreversibili.

Leflunomide: O si

O no per mesi:

Altri DMARDs: O si

O no

Se sì: Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro _____

Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente)

Precedente terapia con biologico O si O no

Se sì, da: (data):mm/anno

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

| | FARMACO | | FARMACO |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Abatacept (Orencia [®]) | <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira [®]) | <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Remsima [®] , Inflectra [®] , Flixabi [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio [®] , Imraldi [®] , Hyrimoz [®]) | <input type="checkbox"/> | Ixekinumab (Taltz [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Anakinra (Kineret [®]) | <input type="checkbox"/> | Rituximab (Mabthera [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Apremilast (Otezla [®]) | <input type="checkbox"/> | Rituximab biosimilare (Truxima [®] , Rixathon [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Baricitinib (Olumiant [®]) | <input type="checkbox"/> | Sarilumab (Kevzara [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Canakinumab (Ilaris [®]) | <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia [®]) | <input type="checkbox"/> | Tocilizumab (Roactemra [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel [®]) | <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali [®] , Erelzi [®]) | <input type="checkbox"/> | Upadacitinib (Rinvoq [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Filgotinib (Jyseleca [®]) | <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara [®]) |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi [®]) | | |

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese?

O si

O no

Numero articolazioni tumefatte: Numero articolazioni dolenti:

(Conta a 28 articolazioni) (Conta a 28 articolazioni)

Altre Sedi interessate: Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee

Temporo-mandibolari Entesi Interfalangee distali delle mani

Altro (specificare):

Erosioni:

O si

O no

Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi:

O si

O no

O non valutata

Manifestazioni extra-articolari

O si

O no

Scala Analogica (0-100) giudizio paziente Proteina C-Reattiva (mg/L):

CRP- DAS28 : Questionario HAQ (facoltativo)
 ASDAS-CRP: (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI§

A. Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasica o S. anchilosante) periferica
DAS 28 > 5.1 in terapia con MTX (dose massima tollerata sino a 20 mg/settimana) o Leflunomide o Sulfasalazina e terapia cortisonica \geq 5 mg/die PN equivalente
oppure
DAS 28 \geq 3.2 in pazienti ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica \geq 5 mg/die PN equivalente

Si No Giustificare*:

B. Spondiloartriti
ASDAS-CRP > 2.1 dopo tentativo terapeutico con almeno 2 FANS (o Coxib) per più di 1 mese

Si No Giustificare*:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

* Ad esempio poiché il DAS 28 non include alcune delle articolazioni maggiormente colpite dall'artrite psoriasica come le articolazioni interfalangee distali e le localizzazioni entesitiche, l'inizio della terapia potrà avvenire anche con valori inferiori ai parametri sopra indicati.

Il farmaco biologico sarà associato a Metotrexato? si no

PRESCRIZIONE:

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Abatacept (Orencia®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Anakinra (Kineret®) | _____ mg sc ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Apremilast (Otezla®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Baricitinib (Olumiant®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Canakinumab (Ilaris®) | _____ mg sc ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia®) | _____ mg ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel®) | _____ mg ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®) | _____ mg ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Filgotinib (Jyseleca®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg ogni _____ mesi |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Ixekinumab (Taltz®) | _____ mg sc ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Rituximab (Mabthera®) | _____ mg infusione ogni _____ mesi |

| | | |
|--------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Rituximab biosimilare (Truxima [®] , Rixathon [®]) | _____ mg infusione ogni _____ mesi |
| <input type="checkbox"/> | Sarilumab (Kevzara [®]) | _____ mg sc ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx [®]) | _____ mg sc ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Tocilizumab (Roactemra [®]) | _____ mg infusioneev/sc ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz [®]) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Upadacitinib (Rinvoq [®]) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara [®]) | _____ mg sc ogni _____ settimane |

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 DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO A-2

SCHEMA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento)

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

Cognome: Nome:
C.F.....

Peso Kg Altezza (cm) Numero articolazioni tumefatte:
(Conta a 28 articolazioni)

Numero articolazioni dolenti:
(Conta a 28 articolazioni)

Altre Sedi interessate: Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee
Temporo-mandibolari Entesi Interfalangee distali delle mani Altro (specificare):

Erosioni:
 si
 no

Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi:
 si
 no
 non valutata

Manifestazioni extra-articolari
 si
 no

Scala Analogica (0-100) giudizio paziente Proteina C-Reattiva (mg/dL):

CRP- DAS28 (AR o Psoriasica periferica): Questionario HAQ

ASDAS-CRP: (spondilite anchilosante/artrite psoriasica)

Dose MTX in corso (mg/settimana): os im sc
Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:
Intolleranza
Altro (specificare): _____

In terapia con Leflunomide da mesi:

Altri DMARDs:

Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro_____

Dose media giornaliera di cortisonico (mg PN equivalente)

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/fine terapia con farmaco biologico: Progressione di malattia/Inefficacia

Remissione Trasferimento Perdita al follow up Morte

Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Altro (specificare): _____

§§ Artrite Reumatoide o psoriasica periferica: Considerare per sospensione (o dimezzamento dose) biologico se DAS28 \leq 2,6 persistente per 12 mesi. La raccolta dei piani terapeutici semestrali è raccomandata anche in funzione di un eventuale ripristino della terapia con biologico.

Spondiloartriti: Considerare per dimezzamento dose se ASDAS-CRP $<$ 1.3

PRESCRIZIONE:

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti per max 2 mesi di terapia |
|--------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Abatacept (Orencia®) | _____ mg ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Imraldi®, Hyrimoz®, Idacio®) | _____ mg ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Anakinra (Kineret®) | _____ mg sc ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Apremilast (Otezla®) | _____ mg ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Baricitinib (Olumiant®) | _____ mg ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Canakinumab (Ilaris®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia®) | _____ mg ogni _____ settimane | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel®) | _____ mg ogni _____ settimane | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®) | _____ mg ogni _____ settimane | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Filgotinib (Jyseleca®) | _____ mg ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg ogni _____ mesi | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ixekinumab (Taltz®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Rituximab (Mabthera®) | _____ mg infusione ogni _____ mesi | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Rituximab biosimilare (Truxima®, Rixathon®) | _____ mg infusione ogni _____ mesi | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Sarilumab (Kevzara®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | _____ |

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Tocilizumab (Roactemra®) | _____ mg infusioneev/sc ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®) | _____ mg ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Upadacitinib (Rinvoq®) | _____ mg ogni _____ gg | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc ogni _____ settimane | _____ |

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 DELLA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

Allegato A-3

FINE TRATTAMENTO

Data di fine trattamento (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

Causa di fine trattamento:

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

Pregressi mesi in biologico □□□

DATA _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| Ciclosporina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> 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 differenti dalla 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 noSe sì, da: (data:mm/anno) .

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

| | FARMACO | | FARMACO |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®) | <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Reimsima®, Inflectra®, Flixabi®) |
| <input type="checkbox"/> | Apremilast (Otezla®) | <input type="checkbox"/> | Ixekizumab (Talz®) |
| <input type="checkbox"/> | Brodalumab (Kyntheum®) | <input type="checkbox"/> | Risankizumab (Skyrizi®) |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia®) | <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx®) |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel®) | <input type="checkbox"/> | Tildrakizumab (Ilumetri®) |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®) | <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) |
| <input type="checkbox"/> | Guselkumab (Tremfya®) | | |

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)**

 Si **No** Giustificare: _____§ = **Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico****PRESCRIZIONE:**

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA |
|--------------------------|----------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____mg ogni _____gg |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, | _____mg ogni _____gg |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| | Imraldi [®] , Hyrimoz [®]) | |
| <input type="checkbox"/> | Apremilast (Otezla [®]) | _____mg ogni _____gg |
| <input type="checkbox"/> | Brodalumab (Kyntheum [®]) | _____mg ogni _____gg |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia [®]) | _____mg ogni _____settimane |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel [®]) | _____mg ogni _____gg |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali [®] , Erelzi [®]) | _____mg ogni _____gg |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade [®]) | _____mg infusione ogni _____settimane |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Remsima [®] , Inflectra [®] , Flixabi [®]) | _____mg infusione ogni _____settimane |
| <input type="checkbox"/> | Ixekizumab (Talz [®]) | _____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane |
| <input type="checkbox"/> | Guselkumab (Tremfya [®]) | _____mg sc ogni _____settimane |
| <input type="checkbox"/> | Risankizumab (Skyrizi [®]) | _____mg sc ogni _____settimane |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx [®]) | _____mg ogni _____settimane |
| <input type="checkbox"/> | Tildrakizumab (Ilumetri [®]) | _____mg sc ogni _____settimane |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara [®]) | _____mg sc in fase di induzione _____mg sc mantenimento ogni _____settimane |

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 DELLA TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO B-2**SCHEMA 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 dosaggiosospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§) fine terapia con farmaco biologicoMotivazione della variazione: Inefficacia/ Progressione di malattia Decisione del pazienteRemissione 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 |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Apremilast (Otezla®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Brodalumab (Kyntheum®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Certolizumab pegol (Cimzia®) | _____ mg ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept (Enbrel®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Ixekizumab (Talz®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Guselkumab (Tremfya®) | _____ mg sc ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Risankizumab (Skyrizi®) | _____ mg sc ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Secukinumab (Cosentyx®) | _____ mg ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Tildrakizumab (Ilumetri®) | _____ mg sc ogni _____ settimane |

| | | |
|--------------------------|------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane |
|--------------------------|------------------------|---|

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 sei mesi) _____

**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): _____

Pregressi mesi in biologico

Data _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA:
PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"
REGIONE CALABRIA
Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa**

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 GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:

- Morbo di Crohn Paziente Adulto Paziente Pediatrico
 Colite Ulcerosa

Anno esordio malattia: □□□□ Peso Kg □□□ Altezza (cm) □□□

| Terapia precedente con: | Si | No | Terapia precedente interrotta o non effettuata per: |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Cortisone | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Dipendenza <input type="checkbox"/> Inefficacia/resistenza <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| Metotrexato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| 6-mercaptopurina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |
| Azatioprina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |

Precedente terapia con biologico

O si O no Se sì, da: (data:mm/anno) □□.□□□□

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

| | FARMACO | | FARMACO |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®) |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®) | <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®) |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | <input type="checkbox"/> | Vedolizumab (Entyvio®) |

HARVEY-BRADSHAW index (HBI) n° **TRUELOVE-WITTS Criteria n°**
REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI §

A. Morbo di Crohn**Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Presenza di fistole
 Manifestazioni extraintestinali

 No Giustificare:**B. Colite Ulcerosa****Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Manifestazioni extraintestinali

 No Giustificare:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

PRESCRIZIONE

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®) | _____ mg ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg |
| <input type="checkbox"/> | Vedolizumab (Entyvio®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane |

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 TERAPIA (MAX SEI MESI) _____

Timbro e Firma
del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-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)

HARVEY-BRADSHAW Index (HBI) n°

TRUELOVE-WITTS Criterion°

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 sospensione

fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione:

Progressione di malattia Remissione di malattia Inefficacia

Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Decisione del paziente Gravidanza Intervento chirurgico Infezione

Altro (specificare): _____

PRESCRIZIONE:

| | FARMACO | DOSE PRESCRITTA | Mg/pezzi richiesti |
|--------------------------|---|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab (Humira®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Golimumab (Simponi®) | _____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab (Remicade®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Infliximab biosimilare (Remsima®, Inflectra®, Flixabi®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |
| <input type="checkbox"/> | Tofacitinib (Xeljanz®) | _____ mg ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Ustekinumab (Stelara®) | _____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg | |
| <input type="checkbox"/> | Vedolizumab (Entyvio®) | _____ mg infusione ogni _____ settimane | |

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 TERAPIA (max sei mesi) _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

ALLEGATO C-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): _____

Pregressi mesi in biologico

Data _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza