

SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA COLITE ULCEROSA

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (cognome, nome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____
Data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____ Estero <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN può essere prescritto solo da medici specialisti in gastroenterologia e medicina interna e deve essere limitato a pazienti con Colite Ulcerosa grave (Mayo globale > 10 o criteri Truelove-Witts) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa oppure a pazienti con Colite Ulcerosa di grado moderato (Mayo globale compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), in presenza di almeno una delle seguenti situazioni cliniche:

- dipendenza da un trattamento con steroidi per via sistemica, in presenza di resistenza, intolleranza o bilancio beneficio/rischio valutabile come negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
- resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale.

Compilare solo in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente deve soddisfare almeno 1 delle seguenti condizioni:

1. Colite Ulcerosa grave (Mayo globale > 10 o criteri Truelove-Witts) dopo il fallimento di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.
2. Colite Ulcerosa di grado moderato (Mayo globale compreso fra 6 e 10), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata ad **almeno 1 fra i seguenti criteri:**
 - € dipendenza da un trattamento con steroidi per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
 - € resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

Responsabile del Procedimento: Dr. Alessandro Dacomo

Referente procedura:

Tel. 0444-753484 Fax 0444-753941

e mail: segreteria.farmacia@ulssvicenza.it

Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive

(la prescrizione non è valida se la compilazione non è completa)

Farmaco prescritto <i>(specificare il farmaco prescritto)</i>	Prima prescrizione[^]	Prosecuzione della cura[^]	Switch da altro biologico[^]
Adalimumab _____	€ induzione € mantenimento	€ mantenimento	€
<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Golimumab _____	€ induzione € mantenimento	€ mantenimento	€
<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Infliximab _____	€ induzione € mantenimento	€ mantenimento	€
<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Vedolizumab _____	€ induzione € mantenimento	€ mantenimento	€
<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			

[^] riferito al farmaco prescritto

In caso di switch specificare le motivazioni:

€ inefficacia primaria

€ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

€ comparsa di eventi avversi _____
specificare

€ altro _____
specificare

Durata prevista del trattamento (mesi al controllo successivo) _____

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **6 mesi** dalla data di compilazione)

Data ___/___/_____

Timbro e firma del Medico
