



**Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive**

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

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

<sup>^</sup> 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

\_\_\_\_\_