

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