



SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI PER LA COLITE
ULCEROSA

Centro Prescrittore

Medico Prescrittore

Telefono

E-Mail

Codice fiscale

Cognome nome

Data nascita

Sesso

☒ Maschio ☐ Femmina

Asl Residenza

Residenza

MMG

Peso(Kg)

H(cm)

La prescrizione a carico del SSN di farmaci per il trattamento della colite ulcerosa può essere effettuata solo da medici specialisti in gastroenterologia e medicina interna; deve essere limitata 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 tra 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 in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

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

☐ Colite Ulcerosa grave (Mayo globale > 10 o criteri Truelove-Witts) dopo di fallimento terapeutico di una terapia steroidea per via endovenosa entro 72 ore.

☐ Colite Ulcerosa di grado moderato (Mayo globale compreso tra 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

Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive

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

Farmaco Prescritto *

Dosaggio

Frequenza

☐ Induzione ☐ Mantenimentc

Si ricorda al medico curante di consultare sempre l’RCP prima di prescrivere tutti i farmaci riportati nel piano terapeutico.

In caso di switch specificare le motivazioni:

☐ Inefficacia primaria

☐ Inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

☐ Comparsa di eventi avversi

☐ Altro

☒ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura ☐ Switch da altro biologico

Durata trattamento ☐ Giorni ☒ Mesi

Data Termine

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

Data Decorrenza

* a seguito della conclusione del referral avvenuta in data 15/11/2019, valutare il rapporto rischio/beneficio del trattamento in presenza di fattori di rischio per TEV. Modifiche in RCP introdotte nelle sezioni 4.2 e 4.4 riguardanti le precauzioni e gli aggiustamenti di dosaggio.