



S.I.S. :REGIONE PUGLIA  
ASL: 160114 - BA

SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI  
BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

Codice fiscale		Cognome nome		
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio	<input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza		Residenza		
MMG		Peso(Kg)		H(cm)

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, 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 ☐ associato a lesioni:

al viso ☐ Palmo/plantare ☐ Ungueale ☐ Genitale ☐

2. Ha fallito un trattamento con DMARD sintetico convenzionale:

Farmaco(specificare)

Farmaco Prescritto	CERTOLIZUMAB PEGOL		
		Dosaggio	
Frequenza Settimanale			
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura		
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	2
		Data Termine	
(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i 12 mesi dalla data di compilazione. Per i pazienti già in trattamenti, il piano terapeutico deve essere redatto all'atto della prima visita specialistica utile).			
Data Decorrenza	21/07/2020		