

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI PER LA COLITE
ULCEROSA

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)
Telefono				

La prescrizione a carico dell'SSN di farmaci per il trattamento della colite ulcerosa può essere effettuata soltanto 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 steroide 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:

☐ Colite Ulcerosa grave (Mayo globale > 10 o criteri Truelove-Witts) dopo il fallimento 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 steroide 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			<input type="checkbox"/> Induzione	<input type="checkbox"/> Mantenimento	

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☒ Mesi1

Data Termine

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

Data Decorrenza