



SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI  
SECUKINUMAB E USTEKINUMAB PER IL TRATTAMENTO DELLA  
PSORIASI A PLACCHE IN ETA' PEDIATRICA

Da compilarsi al fini della rimborsabilit  SSN a cura di centri ospedalieri o specialisti dermatologo.

Centro Prescrittore

Medico Prescrittore

Telefono

E-Mail

Paziente

Data nascita

Sesso

☒ Maschio ☐ Femmina

Peso(Kg)

Codice fiscale

Tel.

ASL Residenza

Medico di Medicina Generale

recapito Tel.

**Indicazione rimborsata SSN:**  
Il trattamento con farmaci biologici **secukinumab e ustekinumab** a carico del SSN deve essere **limitato a pazienti pediatrici di et  uguale o superiore ai 6 anni con psoriasi a placche di grado da moderato a grave** (definita come: *Psoriasis Area Severity Index* - PASI  $\geq 12$  o *Body Surface Area* - BSA  $\geq 10\%$  e un punteggio PGA  $\geq 3$ , oppure BSA  $< 10\%$  o PASI  $< 10$  associato a lesioni al viso o palmari/plantari, ungueali o genitali) **che hanno fallito\* il trattamento con un precedente farmaco biologico anti TNF-alfa (adalimumab o etanercept) o nei quali tale trattamento risulti controindicato.**

\*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilit 

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:  
Al paziente   stata diagnosticata psoriasi a placche da moderata a grave e presenta tutte le seguenti condizioni:

1.

☒ PASI  $\geq 12$  e BSA  $\geq 10\%$  e PGA  $\geq 3$

oppure

☐ PASI  $<10$  e BSA  $<10\%$  associati a lesioni:

☐ al viso ☐ palmo/plantare ☐ ungueale ☐ genitale

2.

☒ ha fallito un trattamento precedente con un farmaco biologico anti TNF-alfa (adalimumab o etanercept)

specificare i farmaci assunti

ASDAS

\*:Specificare le cause di fallimento:

☒ inefficacia primaria

☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

☐ comparsa di eventi avversi

☐ altro

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con Il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

**Farmaco Prescritto (principio attivo)**

**Dosaggio**

**Frequenza Settimanale**

**Peso corporeo al tempo della dose**

☒ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura

**Durata trattamento**

☐ Giorni

☒ Mesi

2

**Data Termine**

**Data Decorrenza**

12/10/2022

La validità della scheda di prescrizione è al massimo 12 mesi dalla data di compilazione.

Stampato il 12/10/2022