



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 rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri o specialisti dermatologo.

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

Paziente			
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Codice fiscale		Peso(Kg)	
ASL Residenza		Tel.	
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 età uguale o superiore ai 6 anni con psoriasi a placche di grado da moderato a grave** (definita come: *Psoriasis Area Severity Index* - PASI ≥ 12 o *Body Surface Area* - BSA ≥ 10% e un punteggio PGA ≥ 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 rimborsabilità

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

1. ☒ PASI ≥ 12 e BSA ≥ 10% e PGA ≥ 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  

ASD

\*: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).

<b>Farmaco Prescritto (principio attivo)</b>			
		<b>Dosaggio</b>	
<b>Frequenza Settimanale</b>		<b>Peso corporeo al tempo della dose</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura			
<b>Durata trattamento</b>	<input type="checkbox"/> Giorni	<input type="checkbox"/> Mesi	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="checkbox"/> 2
		<b>Data Termine</b>	<input type="text" value="12/12/2022"/>
<b>Data Decorrenza</b>		<input type="text" value="12/10/2022"/>	

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

Stampato il 12/10/2022