



SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI USTEKINUMAB E VEDOLIZUMAB
PER LA MALATTIA DI CRHON

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

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

Il trattamento a carico del SSN può essere prescritto solo da medici specialisti in gastroenterologia e medicina interna e deve essere limitato a:

Malattia di Crohn moderata/grave (HBI HARVEY-BRADSHAW INDEX \geq 8) 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;
- resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale.

e che hanno avuto una risposta inadeguata (*primary failure*), hanno perso la risposta (*secondary failure*) o sono risultati intolleranti/hanno controindicazioni a farmaci biologici anti-TNF α .

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza):

Il/la Paziente deve soddisfare la seguente condizione:

Pazienti con Malattia di Crohn moderata/grave (HBI-HARVEY-BRADSHAW INDEX \geq 8), 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

E che hanno avuto una risposta inadeguata (*primary failure*), hanno perso la risposta (*secondary failure*) o sono risultati intolleranti/hanno controindicazioni* a farmaci biologici anti-TNF α .

*specificare il tipo di controindicazione

La prescrizione dovrà comunque essere in linea con quanto previsto nell’RCP dei singoli farmaci.

Il paziente non ha risposto:

Farmaco (specificare)	
-----------------------	--

Eventuale precedente terapia con farmaco biologico:

- ☐ Adalimumab
- ☐ Infliximab
- ☐ Vedolizumab
- ☐ Ustekinumab

Farmaco Prescritto

Dosaggio

Frequenza Settimanale



Prima prescrizione



Prosecuzione di cura

Durata trattamento



Giorni



Mesi

1

Data Termine

25/09/2020

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **12 mesi** dalla data di compilazione).

Data Decorrenza

25/08/2020