



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: 160113 - BT

Id. Piano

750106737

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DEI FARMACI PER LA MALATTIA DI CROHN
PER LINEE DI TRATTAMENTO SUCCESSIVE AGLI ANTI-TNFα

Da compilarsi, ai fini della rimborsabilità SSN, da parte degli specialisti in gastroenterologia e medicina interna operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale

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" value="15"/>	H(cm)	<input type="text" value="180"/>
Asl Residenza		Residenza					
Tel.		MMG					

Indicazione rimborsata: Malattia di Crohn moderata/grave (HBI HARVEY-BRADSHAW INDEX ≥ 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 gli immunosoppressori;
- resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

in pazienti che hanno avuto una risposta inadeguata (primary failure), hanno perso la risposta (secondary failure) o sono risultati intolleranti/hanno controindicazioni ai farmaci biologici anti-TNFα.

CRITERI DI RIMBORSABILITÀ (compilare solo in caso di prima prescrizione)

A SEVERITÀ DELLA MALATTIA

☒ Malattia di Crohn moderata/grave (HBI-HARVEY-BRADSHAW INDEX ≥ 8), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori),

B TERAPIA STEROIDEA (almeno 1 fra i seguenti criteri)

☒ Dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori (ad esempio azatioprina).

Indicare l’immunosoppressore

☐ Resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

Specificare se resistente o il tipo di intolleranza o controindicazione

C TERAPIA PRECEDENTE CON FARMACI BIOLOGICI ANTI-TNFα (almeno 1 fra i seguenti criteri)

☒ Risposta inadeguata (primary failure) o perdita di risposta (secondary failure) ad anti-TNFα

Specificare il/i farmaci/i

☐ Intolleranza/controindicazione ad anti-TNFα

Specificare il/i farmaci/i

Farmaco Prescritto

Dosaggio

Frequenza Settimanale



Prima prescrizione



Prosecuzione di cura

Durata trattamento



Giorni



Mesi

1

Data Termine

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

Data Decorrenza

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