



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

PIANO TEREPEUTICO AIFA  
PER LA PRESCRIZIONE DI OTEZLA (APREMILAST) NELLA ARTRITE PSORIASICA

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

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

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con apremilast a carico del SSN nella indicazione artrite psoriasica (PsA) attiva deve essere limitato a pazienti adulti che abbiano risposto in modo inadeguato o siano risultati intolleranti ad almeno due DMARDs convenzionali e nei quali l'uso dei farmaci biologici sia controindicato o non Tollerato. Apremilast NON è rimborsato nell'indicazione psoriasi a placche.

Il/la Paziente:

1. ha risposto in modo inadeguato o è risultato/a intollerante (fallimento terapeutico) al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali:

Farmaco1 (specificare)

Farmaco2 (specificare)

2. presenta controindicazioni o intolleranza al trattamento con i seguenti farmaci biologici:

Adalimumab	<input type="checkbox"/> Intolleranza	<input type="checkbox"/> Controindicazione	Specificare	
Certolizumab	<input type="checkbox"/> Intolleranza	<input type="checkbox"/> Controindicazione	Specificare	
Etanercept	<input type="checkbox"/> Intolleranza	<input type="checkbox"/> Controindicazione	Specificare	
Golimumab	<input type="checkbox"/> Intolleranza	<input type="checkbox"/> Controindicazione	Specificare	
Infliximab	<input type="checkbox"/> Intolleranza	<input type="checkbox"/> Controindicazione	Specificare	
Secukinumab	<input type="checkbox"/> Intolleranza	<input type="checkbox"/> Controindicazione	Specificare	
Ustekinumab	<input type="checkbox"/> Intolleranza	<input type="checkbox"/> Controindicazione	Specificare	

Il trattamento con Otezla deve essere iniziato da specialisti esperti nella diagnosi, nel trattamento e nella valutazione clinimetrica della risposta terapeutica dell'artrite psoriasica.

<b>Farmaco Prescritto</b>			<b>N.</b>		
<b>Durata trattamento</b>	<input type="checkbox"/> Giorni	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	<input type="text" value="12"/>	
(NOTA BENE: la validità del Piano Terapeutico non può superare i <b>12 mesi</b> dalla data di compilazione)					
<b>Data Emissione</b>	<input type="text" value="26/09/2017"/>			<b>Data Termine</b>	<input type="text" value="26/09/2018"/>