



PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI AVONEX
(interferon beta 1a) PER IL TRATTAMENTO DELLA SCLEROSI MULTIPLA
RECIDIVANTE REMITTENTE (Nota AIFA 65)

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Codice fiscale		Cognome nome	
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza		Residenza	
Tel.		MMG	

Indicazione rimborsata SSN

Il piano terapeutico regionale è a carico del SSR se rilasciato dai Centri individuati dalla RER per la prescrizione dei farmaci della Nota AIFA n. 65. La prescrizione deve avvenire in accordo con le raccomandazioni formulate dal Gruppo di Lavoro regionale sui farmaci per la sclerosi multipla (Documento PTR n. 271)

FARMACO PRESCRITTO			
Interferon beta 1a: Avonex			
Posologia			
Se switch, indicare il trattamento/i precedente/i e la sua/loro durata:			
1. Trattamento		Durata	
2. Trattamento		Durata	
3. Trattamento		Durata	
Ragione dello switch	<input type="checkbox"/> tollerabilita	<input type="checkbox"/> Inefficacia	<input type="checkbox"/> Altro
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	12
		Data Termine	19/06/2019
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione		<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	
Data Emissione	19/06/2018		