



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER
LA COLITE ULCEROSA

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

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

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN può essere prescritto solo da medici specialisti in gastroenterologia e medicina interna e deve essere limitato a pazienti con Colite Ulcerosa grave (Mayo globale > 10 o criteri Truelove-Witts) dopo di fallimento terapeutico di una terapia steroidea per via endovenosa oppure a pazienti con Colite Ulcerosa di grado moderato (Mayo globale compreso tra 6 e 10) 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 steroidi per via sistemica, in presenza di resistenza, intolleranza o bilancio beneficio/rischio valutabile come negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina.
- resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente deve soddisfare almeno una delle seguenti condizioni:

- ☐ Colite Ulcerosa grave (Mayo globale > 10 o criteri Truelove-Witts) dopo di fallimento terapeutico di una terapia steroidea per via endovenosa
- ☐ Colite Ulcerosa di grado moderato (Mayo globale compreso tra 6 e 10) 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 steroidi 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

Farmaco Prescritto	INFLIXIMAB		
<input type="text"/>	Dosaggio	<input type="text"/>	
Frequenza Settimanale	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Induzione	<input type="checkbox"/> Mantenimento
In caso di switch specificare le motivazioni:			
<input type="radio"/> Inefficacia primaria			
<input type="radio"/> Inefficacia secondaria (perdita di efficacia)			
<input type="radio"/> Comparsa di eventi avversi <input type="text"/>			
<input type="radio"/> Altro <input type="text"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura <input type="checkbox"/> Switch da altro biologico			
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value="1"/>	Data Termine <input type="text" value="03/05/2018"/>
(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i 6 mesi dalla data di compilazione).			
Data Emissione	<input type="text" value="03/04/2018"/>		