

PRESCRIZIONE Psoriasi a Placche:

	Farmaco	Dose prescritta	mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	40 mg ogni 00 gg	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	000 mg ogni 0 settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	000 mg infusione ogni 00 settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	00 mg ogni 00 settimane	_____

Farmacia di riferimento :

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
- Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
- Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____



**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

DISPENSAZIONE Psoriasi a Placche

Farmaco	Prodotti	N. confezioni dispensate max 2 mesi di trattamento	N. mg dispensati
Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> AIC: 035946084 40 mg-soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 2 penne pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946033 40 mg-soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 2 siringhe pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946096 40 mg-soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 4 penne pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946045 40 mg-soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi	_____	_____
Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/> AIC: 034675191 50 mg – soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 4 penne pre-riempite 50 mg – 1 ml + 8 tamponi	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675102 25 mg/ml –soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe 25 mg – 0,5 ml + 8 tamponi	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675140 50 mg/ml –soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe pre-riempite 50 mg – 1 ml + 8 tamponi	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675165 25 mg/ml – polvere e solvente per soluzione iniettabile Per uso pediatrico Uso sottocutaneo 4 flaconcini 25 mg – 1 ml + 4 siringhe pre-riempite	_____	_____
Infliximab (Remicade®)	AIC: 034528012 100 mg – polvere per concentrato per soluzione infusione Uso infusione endovena 1 flaconcino 100 mg – 2 ml	_____	_____
Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> AIC:038936035 45 mg soluzione iniettabile in siringhe preriempite Uso sottocutaneo Ogni siringa preriempita contiene 45 mg di ustekinumab in 0,5 ml.	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 038936047 90 mg soluzione iniettabile in siringhe preriempite Uso sottocutaneo Ogni siringa preriempita contiene 90 mg di ustekinumab in 1 ml.	_____	_____

Data di dispensazione _____ Firma del Farmacista _____

SCHEMA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento Psoriasi a Placche)

N. rivalutazione a 6 mesi

Cognome: Nome:
 C.F. Peso Kg Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici)
 Data della rivalutazione: Visual Analog Scale (0-10) giudizio paziente

Physician Global Assessment (0-100) Indice PASI: _____ BSA: _____
 Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico? SI NO

Se no:
 switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio
 sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri §§) fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione:

Inefficacia/ Progressione di malattia Decisione del paziente Remissione di malattia
 Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____ Gravidanza
 Intervento chirurgico Altro (specificare): _____

§§ DI SOSPENSIONE O RIDUZIONE DELLA DOSE: riduzione del PASI del 75% (PASI 75)

PRESCRIZIONE Psoriasi a Placche:

	Farmaco	Dose prescritta	mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	40 mg ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> settimane	_____

Farmacia di riferimento :

Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

Timbro e Firma

del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

DISPENSAZIONE Psoriasi a Placche:

Farmaco	Prodotti	N. confezioni dispensate per max 2 mesi di trattamento	N. mg dispensati
Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> AIC: 035946084 40 mg-soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 2 penne pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi	—	—
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946033 40 mg-soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 2 siringhe pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi	—	—
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946096 40 mg-soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 4 penne pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi	—	—
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946045 40 mg-soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi	—	—
Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/> AIC: 034675191 50 mg – soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 4 penne pre-riempite 50 mg – 1 ml + 8 tamponi	—	—
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675102 25 mg/ml –soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe 25 mg – 0,5 ml + 8 tamponi	—	—
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675140 50 mg/ml –soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe pre-riempite 50 mg – 1 ml + 8 tamponi	—	—
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675165 25 mg/ml – polvere e solvente per soluzione iniettabile Per uso pediatrico Uso sottocutaneo 4 flaconcini 25 mg – 1 ml + 4 siringhe pre-riempite	—	—
Infliximab (Remicade®)	AIC: 034528012 100 mg – polvere per concentrato per soluzione infusione Uso infusione endovena 1 flaconcino 100 mg – 2 ml	—	—
Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> AIC:038936035 45 mg soluzione iniettabile in siringhe preriempite Uso sottocutaneo Ogni siringa preriempita contiene 45 mg di ustekinumab in 0,5 ml.	—	—
	<input type="checkbox"/> AIC: 038936047 90 mg soluzione iniettabile in siringhe preriempite Uso sottocutaneo Ogni siringa preriempita contiene 90 mg di ustekinumab in 1 ml.	—	—

Data di dispensazione _____ Firma del Farmacista _____

FINE TRATTAMENTO *Psoriasi a Placche*

Data di fine trattamento □□.□□.□□□□

Causa di fine trattamento:

Remissione

Progressione di malattia

Trasferimento

Perdita al follow up

Morte

Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico □□□

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

_____ 