

ALLEGATO C-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA:
PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"
REGIONE CALABRIA
Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa**

Cognome: Nome:

Codice Fiscale Sesso: M F Luogo di nascita _____
 Estero

Data di nascita (gg/mm/anno) ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE

Cognome: Nome: Data di valutazione (gg/mm/anno)

PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:

Morbo di Crohn Paziente Adulto Paziente Pediatrico Colite Ulcerosa

Anno esordio malattia: Peso Kg Altezza (cm)

Terapia precedente con:	Si	No	Terapia precedente interrotta o non effettuata per:
Cortisone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Dipendenza <input type="checkbox"/> Inefficacia/resistenza <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Metotrexato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
6-mercaptopurina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
Azatioprina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Precedente terapia con biologico O si O no Se sì, da: (data):mm/anno

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

	FARMACO		FARMACO
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)
		<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)

HARVEY-BRADSHAW index (HBI) n° TRUELOVE-WITTS Criterian°

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI §

A. Morbo di Crohn

Parametri di ingresso in trattamento con biologico

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Presenza di fistole Manifestazioni extraintestinali
 No Giustificare:

B. Colite Ulcerosa

Parametri di ingresso in trattamento con biologico

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):** Steroido dipendenza Steroido resistenza Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori Manifestazioni extraintestinali
 No Giustificare:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

PRESCRIZIONE Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti per max 2 mesi di trattamento
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg	_____
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane	_____

Farmacia di riferimento :

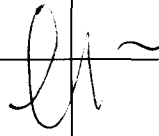
- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

Timbro e Firma

del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

DISPENSAZIONE *Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa*

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	_____	_____
Infliximab (Remicade®)	AIC: 034528012 100 mg – polvere per concentrato per soluzione infusione Uso infusione endovena 1 flaconcino 100 mg – 2 ml	_____	_____
Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> AIC: 039541014 50 mg- soluzione per iniezione in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 1 penna pre-riempita 0,5 ml	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541038 50 mg- soluzione per iniezione in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 1 siringa pre-riempita 0,5 ml	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541053 100 mg soluzione per iniezione in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 1 penna pre-riempita 1 ml	_____	
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541077 100 mg soluzione per iniezione in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 1 siringa pre-riempita 1 ml	_____	_____

Data di dispensazione _____

Firma del Farmacista _____

ALLEGATO C-2

SCHEDA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa)

N. **rivalutazione a 6 mesi**

Cognome: Nome:

C.F. Peso Kg Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici)

HARVEY-BRADSHAW Index (HBI) n° **TRUELOVE-WITTS Criterion°**

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
- sospensione
- fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione: Progressione di malattia Remissione di malattia Inefficacia

Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____ Decisione del paziente

Gravidanza Intervento chirurgico Infezione Altro (specificare): _____

PRESCRIZIONE Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa:

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg	_____
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane	_____

Farmacia di riferimento :

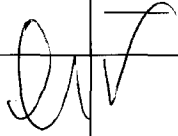
- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
- Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
- Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

Timbro e Firma

del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

DISPENSAZIONE (*Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa*)

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	_____	_____
Infliximab (Remicade®)	AIC: 034528012 100 mg – polvere per concentrato per soluzione infusione Uso infusione endovena 1 flaconcino 100 mg – 2 ml	_____	_____
Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> AIC: 039541014 50 mg- soluzione per iniezione in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 1 penna pre-riempita 0,5 ml	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541038 50 mg- soluzione per iniezione in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 1 siringa pre-riempita 0,5 ml	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541053 100 mg soluzione per iniezione in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 1 penna pre-riempita 1 ml	_____	_____
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541077 100 mg soluzione per iniezione in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 1 siringa pre-riempita 1 ml	_____	

Data di dispensazione _____

Firma del Farmacista _____

ALLEGATO C-3

FINE TRATTAMENTO *Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa*

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

_____ 