



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
ENBREL
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale dell'Assistito _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio : Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____:

- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite reumatoide** attiva di grado da moderato a grave in associazione con metotressato in caso di risposta inadeguata ai DMARDs;
- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite reumatoide** attiva di grado da moderato a grave in associazione con metotressato non precedentemente trattati con metotressato;
- monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuativo con metotressato è inappropriato;
- trattamento dell'artrite giovanile poliarticolare idiopatica, in bambini e adolescenti a partire dai 4 anni, in associazione con metotressato in caso di risposta inadeguata ai DMARDs o in monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuativo con metotressato è inappropriato;
- trattamento di pazienti adulti affetti da artrite psoriasica attiva e progressiva in caso di risposta inadeguata ai DMARDs;
- trattamento di pazienti adulti affetti da spondilite anchilosante attiva grave in cui la risposta alla terapia convenzionale non è risultata adeguata.

Posologia:

- 25 mg due volte a settimana
- 50 mg in un'unica somministrazione a settimana per via sottocutanea

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	CONSEGNA
Enbrel 25 mg			
Enbrel 50 mg			
Durata prevista del trattamento ¹			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico deve essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
ENBREL
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare**

Nome _____
Cognome _____

Codice Fiscale dell'Assistito _____

Data di nascita ____/____/____ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio: Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____:

- trattamento della psoriasi a placche da moderata a grave negli adulti che non hanno risposto ad altre terapie sistemiche inclusi ciclosporina, metotressato o PUVA;
- trattamento della psoriasi a placche da moderata a grave negli adulti che presentano in tolleranza o controindicazioni ad altre terapie sistemiche inclusi ciclosporina, metotressato o PUVA;
- trattamento della psoriasi a placche cronica grave nei bambini ed adolescenti a partire dagli 8 anni di età che non hanno risposto ad altre terapie sistemiche inclusi ciclosporina, metotressato o PUVA o fototerapiche o che sono intolleranti ad esse.

Posologia:

- 25 mg due volte a settimana
- 50 mg in un'unica somministrazione settimanale per via sottocutanea

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	CONSEGNA
Enbrel 25 mg			
Enbrel 50 mg			
Durata prevista del trattamento ¹			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
HUMIRA FL 40 mg
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale dell'Assistito _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio : Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____:

- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite reumatoide** attiva di grado da moderato a grave in associazione con metotressato in caso di risposta inadeguata ai DMARDs;
- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite reumatoide** attiva di grado da moderato a grave in associazione con metotressato non precedentemente trattati con metotressato;
- monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuativo con metotressato è inappropriato;
- trattamento dell'**artrite giovanile poliarticolare idiopatica**, in adolescenti dai 13 ai 17 anni, in associazione con metotressato in caso di risposta inadeguata ai DMARDs o in monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuativo con metotressato è inappropriato;
- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite psoriasica** attiva e progressiva in caso di risposta inadeguata ai DMARDs;

trattamento di pazienti adulti affetti da spondilite anchilosante attiva grave in cui la risposta alla terapia convenzionale non è risultata adeguata

Posologia:

40 mg in un'unica somministrazione ogni due settimane per via sottocutanea

PROGRAMMA TERAPEUTICO

	FARMACO	Modalità somministrazione	Quantità consegnata
HUMIRA	40mg ogni 2 sett		
Durata prevista del trattamento ¹			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
HUMIRA FL 40 mg
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale dell'Assistito _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio : Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____:

- trattamento della psoriasi a placche, di grado da moderato a severo in pazienti adulti che non hanno risposto a precedenti terapie sistemiche tra cui il trattamento a base di ciclosporina, metotressato o PUVA;
- trattamento della psoriasi a placche, di grado da moderato a severo in pazienti adulti che sono intolleranti o presentano controindicazioni a precedenti terapie sistemiche tra cui il trattamento a base di ciclosporina, metotressato o PUVA

Posologia:

40 mg in un'unica somministrazione ogni due settimane per via sottocutanea

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	Modalità somministrazione	Quantità consegnata
HUMIRA 40mg ogni 2 sett		
Durata prevista del trattamento ¹		
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia	<input type="checkbox"/> prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____		
Telefono _____ e-mail _____		
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore
_____		_____

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico deve essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni

Ph



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
HUMIRA FL 40 mg
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale dell'Assistito _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio : Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____ :

- trattamento della **malattia di Crohn** attiva grave in caso di mancata risposta ad un ciclo terapeutico completo di corticosteroidi e/o immunosoppressori;
- trattamento della **malattia di Crohn** attiva grave in casi di intolleranza o controindicazioni a precedenti terapie sistemiche a base di corticosteroidi e/o immunosoppressori

Posologia:

- induzione: 80 mg sett. 0 e 40 mg alla sett. 2
- induzione: dose massima di 160 mg alla sett. 0 e 40 mg alla sett. 2
- prosecuzione terapia: 40 mg a sett. alterne

PROGRAMMA TERAPEUTICO

	FARMACO	Modalità somministrazione	Quantità consegnata
HUMIRA	40mg		
Durata prevista del trattamento ¹			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico devo essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
MABTHERA 100 MG
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale dell'Assistito _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio : Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____:

- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite reumatoide** grave in fase attiva in associazione con il metotressato che hanno presentato risposta inadeguata ai DMARDs e ad a uno o più inibitori del fattore di necrosi tumorale (TNF);
- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite reumatoide** grave in fase attiva in associazione con il metotressato che sono risultati intolleranti ai DMARDs e ad a uno o più inibitori del fattore di necrosi tumorale (TNF).

Posologia:

1000 mg /dose per infusione endovenosa . Il trattamento va preceduto da un infusione c.v di 100 mg di metilprednisolone 30 minuti prima del mabthera

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	CONSEGNA
MABTHERA			
Durata prevista del trattamento ¹			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia <input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia			
Medico Prescrittore Dr / Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico deve essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
ORENCIA 250 MG
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale dell'Assistito _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio : Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____:

- In combinazione con metotressato nel trattamento dell'artrite reumatoide attiva da moderata a grave in pazienti adulti con risposta inadeguata o con intolleranza ai DMARDS e almeno un inibitore del TNF

Posologia:

- paziente con peso < 60 Kg mg 500 a dose
- paziente con peso da 60 Kg a 100 Kg mg 750 a dose
- paziente con peso oltre i 100 Kg mg 1000a dose

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	Quantità CONSEGNA
ORENCIA			
Durata prevista del trattamento ¹			
Numero cicli terapia			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
REMICADE 100 MG POLVERE
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare

Nome _____
Cognome _____

Codice Fiscale
dell'Assistito _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio : Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____:

- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite reumatoide grave** in fase attiva in caso di risposta inadeguata ai DMARDs.
- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite reumatoide grave** in fase attiva e progressiva non trattata precedentemente con metotressato o altri DMARDs.
- trattamento di pazienti adulti affetti da **artrite psoriasica** attiva e progressiva in caso di risposta inadeguata ai DMARDs in associazione con il metotressato o in mono terapia quando quest'ultimo risulti controindicato
- trattamento di pazienti adulti affetti da **spondilite anchilosante** attiva grave in cui la risposta alla terapia convenzionale non è risultata adeguata.

Posologia:

da 3 a 5 mg/kg peso corporeo in infusione endovenosa lenta

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	Quantità CONSEGATA
REMICADE			
Durata prevista del trattamento ¹			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
REMICADE 100 MG**
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale dell'Assistito _____

Data di nascita ____/____/____ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio : Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data ____/____/____

- trattamento della psoriasi a placche, di grado da moderato a severo in pazienti adulti che non hanno risposto a precedenti terapie sistemiche tra cui il trattamento a base di ciclosporina, metotressato o PUVA;
- trattamento della psoriasi a placche, di grado da moderato a severo in pazienti adulti che sono intolleranti o presentano controindicazioni a precedenti terapie sistemiche tra cui il trattamento a base di ciclosporina, metotressato o PUVA;

Posologia:

5 mg/Kg di peso corporeo in infusione endovenosa lenta

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	Quantità CONSEGNA
REMICADE			
Durata prevista del trattamento Numero cicli terapia			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico deve essere tali da permettere eventuali tempistiche comunicazioni



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
REMICADE 100 MG
Farmaco HOSP2 erogato in forma diretta per uso domiciliare

Nome _____
Cognome _____

Codice Fiscale
dell'Assistito _____

Data di nascita ___/___/___ Sesso M F

Regione di residenza dell'Assistito _____ ASL _____

Domicilio : Città _____ Indirizzo _____

Diagnosi formulata in data _____ :

- trattamento della **malattia di Crohn** attiva grave dopo risposta inadeguata ad un ciclo terapeutico completo a base di corticosteroidi e/o di un immunosoppressore o che presentino controindicazioni a un ciclo terapeutico completo a base di corticosteroidi e/o di un immunosoppressore;
- trattamento della **malattia di Crohn** fistolizzante in fase attiva che non abbiano risposto nonostante un ciclo di terapia completo e adeguato con trattamento convenzionale (inclusi antibiotici, drenaggio e terapia immunosoppressiva);
- trattamento della **malattia di Crohn** in fase attiva e grave nei pazienti pediatrici di età compresa tra i 6 e i 17 anni dopo risposta inadeguata ad un ciclo terapeutico completo a base di corticosteroidi e/o di un immunomodulatore e una primaria terapia nutrizionale o che presentino controindicazioni alle suddette terapie;
- trattamento della **colite ulcerosa** in fase attiva, di grado da moderato a severo, in pazienti adulti che non hanno risposto in modo adeguato alla terapia convenzionale inclusi corticosteroidi e 6-mercaptopurina o azatioprina o che risultino intolleranti o presentino controindicazioni a tali terapie.

Posologia:

5mg/Kg di peso corporeo in infusione endovenosa lenta

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	Quantità CONSEGNA
REMICADE			
Durata prevista del trattamento Numero cicli terapia			
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia	
Medico Prescrittore Dr / Prof _____			
Telefono _____		e-mail _____	
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

¹ Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

² I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni