



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 80 mg alla sett. 2 prosecuzione terapia: 40 mg a sett. alterne
- in caso di insufficiente risposta documentata ai dosaggi precedenti, 40 mg a settimana

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 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:

- induzione 80 mg a settimana 0 e poi 40 mg ogni 2 settimane
- 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