



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE

CIMZIA

Farmaco H allegato 3

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 dell'artrite reumatoide (AR) attiva di grado da moderato a grave in pazienti adulti in associazione con metotressato quando la risposta ai farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDs, *disease-modifying anti-rheumatic drugs*), incluso il metotressato, sia risultata inadeguata.
- monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuativo con metotressato è inappropriato;

Posologia: 400 mg (2 iniezioni da 200 mg ciascuna in un giorno) alle settimane 0, 2 e 4, seguita da una dose di mantenimento di 200 mg ogni 2 settimane

PROGRAMMA TERAPEUTICO

	FARMACO	Modalità somministrazione	Quantità consegnata
Cimzia	2 sir 200 mg 1 ml		
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 4 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
SIMPONI**

Farmaco H allegato 3

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 dell'artrite reumatoide in fase attiva di grado da moderato a grave in associazione con metotrexato (MTX) , in pazienti adulti, quando la risposta ai farmaci anti-reumatici che modificano la malattia (DMARD), incluso MTX, sia stata inadeguata;
- trattamento dell'artrite psoriasica in fase attiva e progressiva, da solo o in associazione con metotrexato (MTX) in pazienti adulti, qualora sia stata inadeguata la risposta a precedenti trattamenti con farmaci anti-reumatici che modificano la malattia (DMARD).
- trattamento della spondilite anchilosante grave in fase attiva, in pazienti adulti che non hanno risposto in modo adeguato alle terapie convenzionali

Posologia:

50 mg somministrato una volta al mese, nello stesso giorno di ogni mese

Nei pazienti con un peso superiore ai 100 kg, che non raggiungono una risposta clinica adeguata dopo 3 o 4 dosi, *può* essere preso in considerazione un aumento della dose di simponi fino a 100 mg una volta al mese

PROGRAMMA TERAPEUTICO

	FARMACO	Modalità somministrazione	Quantità consegnata
SIMPONI	1 pen 50 mg 0,5 ml	sc	
SIMPONI	1 sir 50 mg 0,5 ml	sc	
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 4 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

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