

SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE ORENCIA 250 MG

Farmaco HOSP2

Nome		Cognome					
Codice Fiscale	dell'Assistito						
Data di nascita	//	Sesso	М□	F□			
Regione di resid	lenza dell'Assistito		_		ASL		
Domicilio : Citt	à	Indirizzo_					
Diagnosi form	ulata in data		_:				
metotressato necrosi tumo trattamento o metotressato tumorale (Ti Posologia: Pl p p	o che hanno presentato prale (TNF). di pazienti adulti affe che sono risultati int NF). ER INFUSIONE ENDO aziente con peso inferi raziente con peso compraziente con peso super	risposta inadegua etti da artrite recolleranti ai DMA OVENOSA ore ai 60 Kg 500 m oreso tra i 60 e i 10	ata ai DN umatoide ARDs e ng/dose 00 Kg 75 00 mg/d	MARDs e grave ed a une	e ed a und in fase a o o più in	ttiva in associazione con o o più inibitori del fattore ttiva in associazione con nibitori del fattore di necre	di il
FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA	somministrazione			Quantità CONSEGNATA	_
ORENCIA	TOSOLOGIA	MODALITA	SOIIIIII	ilistrazio	iic	Qualitità CONSEGNATA	
Durata prevista	del trattamento ¹	Data di conse	gna			I	
	□ Primo ciclo di terap	ia			□ Prosec	uzione terapia	
Medico Prescri	ttore Dr / Prof						
Telefono		e-mail_					
Firma e	e timbro del medico pre	escrittore ²		Tim	ibro del Ce	entro Prescrittore	

Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda
 I dati identificativi del medico devo essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE **MABTHERA**

Farmaco HOSP1

Nome		_ Cognome				
Codice Fiscale dell'Ass	istito					
Data di nascita/	<u>/</u>	Sesso	М□	$F\square$		
Regione di residenza de	ll'Assistito				ASL	_
Domicilio : Città		Indirizzo_				
Diagnosi formulata in o	data		_:			
metotressato che ha necrosi tumorale (T □ trattamento di paz	unno presentato ri 'NF); ienti adulti affeti	isposta inadeg ti da artrite i	guata ai D reumatoio	MARDs	s e ed a uno o pi	in associazione con il ù inibitori del fattore di in associazione con il ri del fattore di necrosi
Posologia:						
1000 mg /dose per int metilprednisolone			ento va pi	eceduto	da un infusione	e.v di 100 mg di
	PROC	GRAMMA T	ERAPEU	JTICO		
FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA	A' sommi	nistrazio	one CON	NSEGNA
MABTHERA 100 mg						
MABTHERA 500 mg		☐ Primo c	riclo di ter	ania		_
		□ Prosect		•		
Medico Prescrittore Dr	/ Prof					
Telefono		e-m	ail			<u>—</u>
Firma e timbro	del medico presci	rittore ²		Tir	mbro del Centro I	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 **REMICADE**

Farmaco HOSP2

No	Nome Cognome	
Co	Codice Fiscale dell'Assistito	
Da	Data di nascita/ Sesso M \[\Boxed{\pi} \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
Re	Regione di residenza dell'Assistito ASL	
Do	Domicilio : Città Indirizzo	
Di	Diagnosi formulata in data:	
	□ trattamento di pazienti adulti affetti da artrite reumatoide grave in fase attiva ai DMARDs.	in caso di risposta inadeguata
	trattamento di pazienti adulti affetti da artrite reumatoide grave in fase atti precedentemente con metotressato o altri DMARDs.	iva e progressiva non trattata
	trattamento di pazienti adulti affetti da artrite psoriasica attiva e progressiva in DMARDs in associazione con il metotressato o in mono terapia quando questi	
	trattamento di pazienti adulti affetti da spondilite anchilosante attiva grave convenzionale non è risultata adeguata.	in cui la risposta alla terapia
	Posologia:	
	da 3 a 5 mg/kg peso corporeo in infusione endovenosa lenta	

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' sommi	nistrazione	Quantità CONSEGNATA
REMICADE				
Durata prevista	del trattamento ¹			
	☐ Primo ciclo di	terapia		☐ Prosecuzione terapia
Medico Prescri	ttore Dr / Prof			
Telefono		e-ma	uil	
Firma e	timbro del medi	co 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 **REMICADE**

Farmaco HOSP2

Nome	Cognome				_
Codice Fiscale dell'Assistito					_
Data di nascita//	Sesso	М□	$F\square$		
Regione di residenza dell'Assistito		_		ASL	
Domicilio : Città	Indirizzo_				
Diagnosi formulata in data		_:			
base di corticosteroidi e/o di u terapeutico completo a base di cor trattamento della malattia di Croh di terapia completo e adeguato c immunosoppressiva); □ trattamento della malattia di Croh 17 anni dopo risposta inadeguata immunomodulatore e una primar terapie; □ trattamento della colite ulcerosa i	n immunosopproticosteroidi e/o d n fistolizzante in con trattamento n in fase attiva e a ad un ciclo te ia terapia nutriz n fase attiva, di alla terapia con	essore o i un imm fase atti convenzi e grave no rapeutico ionale o grado da venziona	che produnosoppy va che ronale (ei pazie o comple che produnosoppy che pr	inclusi antibiotici, drenaggio e ter nti pediatrici di età compresa tra i eto a base di corticosteroidi e/o de esentino controindicazioni alle suda ato a severo, in pazienti adulti che asi corticosteroidi e 6-mercaptopuri	ciclo ciclo rapia 6 e i di un dette

Posologia:

5mg/Kg di peso corporeo in infusione endovenosa lenta

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	DOSOI OCIA	MODALITA' sommi	nistraziona	Quantità CONSEGNATA				
	POSOLOGIA	MODALITA SOIIIIII	msuazione	Quantita CONSEGNATA				
REMICADE								
Durata prevista	del trattamento ¹							
Numero c	cicli terapia							
	☐ Primo ciclo di	terapia		☐ Prosecuzione terapia				
Medico Prescri	Medico Prescrittore Dr / Prof							
Telefono		e-ma	ıil					
Firma e	timbro del medi	co 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 REMICADE

Farmaco HOSP2

Nome		Cogno	ome		
Codice Fiscale	dell'Assistito				_
Data di nascita	_//	Sesso	м□	F□	
Regione di resid	denza dell'Assisti	to		ASL	
Domicilio : Citt	à	Indi	rizzo		
Diagnosi form	ulata in data		:		
a precedenti ☐ trattamento o	terapie sistemiche della psoriasi a pla controindicazioni	e tra cui il trattar acche, di grado d	mento a base di la moderato a s	severo in pazienti adulti che non hann di ciclosporina, metotressato o PUVA severo in pazienti adulti che sono into e tra cui il trattamento a base di ciclosp	olleranti o
Posologia: 5 mg/Kg di p	eso corporeo in in		nosa lenta //A TERAPEU	UTICO	
FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' s	omministrazio	one Quantità CONSEGNATA	A
	 del trattamento ¹ cicli terapia				
	Primo ciclo di ter	apia		☐ Prosecuzione terapia	
Medico Prescri	ittore Dr / Prof				
Telefono			e-mail		
Firma e tir	mbro del medico j	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