



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE**  
**ORENCIA 250 MG**  
Farmaco HOSP2

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: PER INFUSIONE ENDOVENOSA

- paziente con peso inferiore ai 60 Kg **500mg/dose**
- Paziente con peso compreso tra i 60 e i 100 Kg **750 mg/dose**
- Paziente con peso superiore ai 100 Kg **1000 mg/dose**

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

FARMACO ORENCIA	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	Quantità CONSEGNA
Durata prevista del trattamento <sup>1</sup>		Data di consegna	
<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 <sup>2</sup>		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

<sup>1</sup> Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

<sup>2</sup> I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE**  
**MABTHERA**  
Farmaco HOSP1

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 ed 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 ed 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 e.v di 100 mg di metilprednisolone 30 minuti prima del mabthera

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

FARMACO	POSOLOGIA	MODALITA' somministrazione	CONSEGNA
MABTHERA 100 mg			
MABTHERA 500 mg			
<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 <sup>2</sup>		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

<sup>1</sup> Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

<sup>2</sup> 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 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 questultimo 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 CONSEGNA
REMICADE			
Durata prevista del trattamento <sup>1</sup>			
<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 <sup>2</sup>		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

<sup>1</sup> Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

<sup>2</sup> 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 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 <sup>1</sup>			
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 <sup>2</sup>		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

<sup>1</sup> Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

<sup>2</sup> 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 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 <sup>1</sup>			
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 <sup>2</sup>		Timbro del Centro Prescrittore	
_____		_____	

<sup>1</sup> Non oltre 3 mesi, Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

<sup>2</sup> I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni