



## SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE

## ROACTEMBRA

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 di pazienti adulti affetti da artrite reumatoide attiva di grado da moderato a grave in associazione con metotressato che non abbiano risposto adeguatamente o siano intolleranti a precedente terapia con uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD) o antagonisti del fattore di necrosi tumorale (TNF).
- monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuativo con metotressato è inappropriato;

Posologia: 8mg/kg di peso corporeo, ma non meno di 480 mg, una volta ogni quattro settimane

## PROGRAMMA TERAPEUTICO

	FARMACO	Modalità somministrazione	Quantità consegnata
Roactembra	4 fl 10 ml 20 mg/ml		
Roactembra	4 fl 20 ml 20 mg/ml		
Roactembra	4 fl 4 ml 20 mg/ml		
Roactembra	fl 10 ml 20 mg/ml		
Roactembra	fl 20 ml 20 mg/ml		
Roactembra	fl 4 ml 20 mg/ml		
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 4 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  
STELARA**

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 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:

Dose iniziale di 45 mg somministrata per via sottocutanea, seguita da una dose di 45 mg dopo 4 settimane e, successivamente, ogni 12 settimane.

In pazienti con un peso superiore a 100 kg la dose iniziale da somministrare per via sottocutanea è di 90 mg, seguita da una dose di 90 mg dopo 4 settimane e, successivamente, ogni 12 settimane.

Il trattamento deve essere interrotto nei pazienti che non hanno mostrato alcuna risposta dopo 28 settimane.

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

	FARMACO	Modalità somministrazione	Quantità consegnata
STELARA	FI 0,5 ml 45 mg		
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 4 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