

ALLEGATO B-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA:**

**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"  
REGIONE CALABRIA  
*Psoriasi a Placche***

Cognome:..... Nome:.....

CodiceFiscale□□□□□□□□□□□□□□□□

Sesso: M  F

Luogo dinascita\_\_\_\_\_

Estero

Data di nascita(gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

ASP diresidenza\_\_\_\_\_

Regione diresidenza\_\_\_\_\_

**PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE**

Data di valutazione (gg/mm/anno) □□.□□.□□□□

**PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:**

Psoriasi aPlacche

PazienteAdulto

PazientePediatico

Anno esordiomalattia: □□□□

PesoKg□□□

Altezza (cm)□□□

Terapia precedente con:	Si	No	Terapia precedente interrotta o non effettuata per:
Metotrexato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)_____
Ciclosporina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intolleranza/Tossicità <input type="checkbox"/> Inefficacia <input type="checkbox"/> Controindicazioni <input type="checkbox"/> Co-morbidità <input type="checkbox"/> Altro (specificare)_____

**Indicazionerimborsata SSN**

Il trattamento con farmacibiologici a carico del SSN deveesserelimitato a pazienti con psoriasi a placche di grado da moderato a severo (definita come: PASI >10 o BSA >10% oppure BSA<10% o PASI<10 associato alesionalvisoopalmar/plantari,unguealio genitali)chenonabbianorispostoochesianorisultatiintolleranti (fallimentoterapeutico) ad un DMARD sinteticoconvenzionale Le forme di psoriasidifferentidallapsoriasicronica a placche, in particolare, psoriasiguttata, pustolosalocalizzata (inclusal'acrodermatite continua di Hallopeau) e pustolosageneralizzata, quando non associate a psoriasi a placche, NON hannoindicazione

approvata per l'utilizzo dei farmaci biologici. Per le indicazioni pediatriche dei farmaci biologici fare riferimento ai rispettivi RCP.

<p><b>Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)</b></p> <p>Il/la Paziente:</p> <p><b>1. Presenta:</b></p> <p><input type="checkbox"/> PASI &gt; 10 e BSA &gt;10</p> <p>oppure</p> <p><input type="checkbox"/> PASI &lt; 10 e BSA &lt; 10 associati a lesioni:</p> <p><input type="checkbox"/> al viso <input type="checkbox"/> palmo/plantare <input type="checkbox"/> ungueale <input type="checkbox"/> genitale</p> <p><b>2. Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:</b></p> <p>Farmaco (specificare): _____</p>
---

Precedente terapia con biologico?  sì  no Se

sì, da: (data): mm/anno .

Se no: in caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo **allegare la relazione clinica** che ne motivi la prescrizione.

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

	FARMACO		FARMACO
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare	<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare	<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum®)	<input type="checkbox"/>	Certolizumab Pegol (Cimzia®)
<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi®)	<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri®)

**REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI §**

**PASI (Psoriasis Area Severità Index) > 10 e/o BSA (Body Surface Area) > 10% e/o DLQI (Dermatology Life Quality Index) > 10 (dopo fallimento /intolleranza/controindicazione delle terapie standard)**

**Sì**

**No** Giustificare:

§ = **Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico**

**PRESCRIZIONE:**

	<b>FARMACO</b>	<b>DOSE PRESCRITTA</b>
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____mg ogni_____gg
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare	_____mg ogni_____gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____mg ogni_____gg
<input type="checkbox"/>	Etanerceptbiosimilare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni_____gg
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusioneogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusioneogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg scmantenimentoogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg scmantenimentoogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg scmantenimentoogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg scmantenimentoogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg scmantenimentoogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	CertolizumabPegol (Cimzia®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg scmantenimentoogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg scmantenimentoogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
	RIGA PER EVENTUALI BIOLOGICI NON PRESENTI NELLA TABELLA MA INSERITI INPTR_____	

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliere dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
- Farmacia Ospedaliere/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
- Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ DURATA DELLA TERAPIA (max seimesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma**

**Del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO B-2**

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento) N.   rivalutazione a 6**

mesi Cognome:..... Nome:.....

C.F.....Peso Kg

Altezza (cm) (solo per Pazienti Pediatrici)    Data della rivalutazione:   .

Visual Analog Scale (0-10) giudizio paziente   Indice PASI: \_\_\_\_\_

BSA: \_\_\_\_\_

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico?

SI  NO

Se no:

switch verso altro farmaco biologico  switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio

sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri §§)  fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione:  Inefficacia/ Progressione di malattia  Decisione del paziente

Remissione di malattia  Intolleranza al trattamento/ Tossicità (specificare): \_\_\_\_\_

Gravidanza  Intervento chirurgico  Altro (specificare): \_\_\_\_\_

**§§ DI SOSPENSIONE O RIDUZIONE DELLA DOSE: riduzione del PASI del 75% (PASI 75)**

**PRESCRIZIONE:**

	<b>FARMACO</b>	<b>DOSE PRESCRITTA allargare</b>
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni _____ gg
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Guselkumab	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> settimane

<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum®)	<input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi®)	<input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Certolizumab Pegol (Cimzia®)	<input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> settimane
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri®)	<input type="checkbox"/> mg sc in fase di induzione <input type="checkbox"/> mg sc mantenimento ogni <input type="checkbox"/> settimane
	RIGA PER EVENTUALI BIOLOGICI NON PRESENTI NELLA TABELLA MA INSERITI IN PTR  _____	

Farmacia di riferimento:

- Farmacia Ospedaliere dell'Ospedale sede del Centro prescrittore  
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio  
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

DURATA (max seimesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
Del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO B-3**

**FINE TRATTAMENTO**

Data di fine trattamento □□.□□.□□□□

Causa di fine trattamento:

- Remissione  Progressione di malattia  Trasferimento  Perdita al follow up  
 Morte  Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): \_\_\_\_\_  
 Altro (specificare): \_\_\_\_\_

Pregressimesi in biologico □□□

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma**

**Del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_