

## Burc n. 296 del 23 Dicembre 2022

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILIT E ANCHILOS. (SA)	SPONDILART RIRE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCH E	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTI A DI CROHN	COLITE ULCEROSA
<b>INIBITORI DEL TNF-alfa</b>										
Adalimumab L04AB04 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	X	X (con MTX o in monoterapi a) Adulti e bambini	X	X Adulti e Bambini	X	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
Adalimumab biosimilare L04AB04 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	X	X (con MTX o in monoterapi a) Adulti e bambini	X	X Adulti e Bambini	X	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
Certolizumab Pegol L04AB05 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	NO	NO
Etanercept L04AB01 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X	X	X Adulti e Bambini	NO	NO	NO
Etanercept biosimilare L04AB01 SC	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X	X	X Adulti e Bambini	NO	NO	NO
Golimumab L04AB06 SC	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	X
Infliximab L04AB02 Infusione EV	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
Infliximab biosimilare L04AB02 Infusione EV	X (con MTX)	X (con MTX o in monoterapi a)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	X Adulti e Bambini	X Adulti e Bambini
<b>INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA</b>										
Anakinra L04AC03 SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (malattia di Still)	NO	NO	NO	NO	NO
Brodalumab L04AC12 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Canakinumab L04AC08 SC	NO	NO	NO	NO	X (malattia di Still)	NO	NO	NO	NO	NO
Guselkumab L04AC16 SC	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapi a)	X	NO	NO	NO

## Burc n. 296 del 23 Dicembre 2022

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILIT E ANCHILOS. (SA)	SPONDILART RIRE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCH E	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTIA DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Ixekizumab L04AC13 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO
Risankizumab L04AC EV	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Sarilumab L04AC14 SC	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Secukinumab L04AC10 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X	X	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X Adulti e bambini	NO	NO	NO
Tildrakizumab L04AC17 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	NO	NO	NO
Tocilizumab L04AC07 EV, SC	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO
Ustekinumab L04AC05 SC	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	X Adulti e bambini	NO	X	X
<b>IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI</b>										
Abatacept L01AA24 Infusione EV e SC	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO
Apremilast L04AA32 OS	NO	X	NO	NO	NO	X	X	NO	NO	NO
Baricitinib L04AA37 OS	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Filgotinib L04AA45 OS	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

PRINCIPIO ATTIVO	Area Reumatologia					Area Dermatologia			Area Gastroenterologia	
	ARTRITE REUMAT. (AR)	ARTRITE PSORIASICA (AP)	SPONDILIT E ANCHILOS. (SA)	SPONDILART RIRE ASSIALE	ARTRITE GIOVANILE POLIART. IDIOPATICA ATRITE GIOVANILE ASSOCIATA AD ENTESITE	ARTRITE PSORIASICA (AP)	PSORIASIA PLACCH E	IDROSADENITE SUPPURATIVA	MALATTI A DI CROHN	COLITE ULCEROSA
Tofacitinib L04AA29 OS	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX)	NO	NO	NO	X (con MTX)	NO	NO	NO	X
Upadacitinib L04AA44 OS	X (con MTX o in monoterapia)	X (con MTX o in monoterapia)	X	NO	NO	X (con MTX o in monoterapia)	NO	NO	NO	NO
Vedolizumab L04AC10 SC	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	X	X
<b>ANTICORPI MONOCLONALI</b>										
Rituximab L01XC02 Infusione EV	X (con MTX)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Rituximab biosimilare L01XC02 Infusione EV	X (con MTX)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Tabella 2. Indicazioni dei farmaci biologici e non.

Principio attivo	Centri Autorizzati alla prescrizione
<b>INIBITORI DEL TNF-alfa</b>	
<b>Adalimumab</b> L04AB04 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria</li> </ul>
<b>Adalimumab biosimilare</b> L04AB04 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria</li> </ul>
<b>Certolizumab Pegol</b> L04AB05 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Dermatologica - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Golimumab</b> L04AB06 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina Generale</li> </ul>
<b>Etanercept</b> L04AB01 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Etanercept biosimilare</b> L04AB01 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Infliximab</b> L04AB02 EV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria</li> </ul>
<b>Infliximab biosimilare</b> L04AB02 EV SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina Generale e Pediatria</li> </ul>
<b>INIBITORI DELL'INTERLEUCHINA</b>	
<b>Anakinra</b> L04AC03 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Pediatria e Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<b>Brodalumab</b> L04AC12 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Canakimumab</b> L04AC08 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Centri Malattie Rare</b></li> </ul>
<b>Guselkumab</b> L04AC16 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>

<b>Ixekizumab</b> L04AC13 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Risankizumab</b> L04AC EV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Sarilumab</b> L04AC14 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<b>Secukinumab</b> L04AC10 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Tildrakizumab</b> L04AC17 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Tocilizumab</b> L04AC07 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Pediatria, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<b>Ustekinumab</b> L04AC05 SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale e Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia, Pediatria e Ambulatori di Dermatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina Generale</li> </ul>
<b>IMMUNOSOPPRESSORI SELETTIVI</b>	
<b>Abatacept</b> L04AA24 EV e SC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Pediatria, Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<b>Apremilast</b> L04AA32 OS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Baricitinib</b> L04AA37 OS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<b>Filgotinib</b> L04AA45 OS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<b>Tofacitinib</b>	

L04AA29 OS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina Generale</li> </ul>
<b>Upadacitinib</b> L04AA44 OS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia</li> <li>• <b>Area Dermatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Dermatologia e Ambulatori di Dermatologia</li> </ul>
<b>Vedolizumab</b> L04AA33 EV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Gastroenterologia - Centri Hub e Spoke:</b> Gastroenterologia, Medicina Generale</li> </ul>
<b>ANTICORPI MONOCLONALI</b>	
<b>Rituximab</b> L01XC02 EV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>
<b>Rituximab biosimilare</b> L01XC02 EV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Area Reumatologia - Centri Hub e Spoke:</b> Reumatologia, Medicina generale, Ambulatori di Reumatologia</li> </ul>

Tabella 3. Centri autorizzati alla prescrizione



**PRECEDENTI TERAPIE:** MTX:Dose MTX (mg/settimana):  os  im o sc per mesi 

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:

 Intolleranza  Altro (specificare): \_\_\_\_\_Il trattamento con MTX per via parenterale si è protratto per *almeno 6 mesi*?  si  no

Se no motivare: \_\_\_\_\_

E' stato valutato il livello plasmatico del MTX per valutare il raggiungimento dei livelli plasmatici farmacologicamente efficaci?  si  no

Se no motivare\*: \_\_\_\_\_

\*Fanno eccezione solo i pazienti che presentano elevati livelli di ACCP >> 3 volte il valore normale, Fattore Reumatoide Positivo la probabilità di avere una forma gravemente erosiva ab inizio è elevatissima e che pertanto debbono essere trattati con DMARDs per un periodo osservazionale massimo di 3 mesi, poiché le lesioni possono diventare irreversibili.

 Leflunomide: per mesi 
 Altri DMARDs:  Sulfasalazina  Ciclosporina  Idrossiclorochina  Altro \_\_\_\_\_  
 Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) .
**REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI**

- Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasiaca o S. anchilosante) periferica**

DAS 28 &gt; 5.1 in terapia con MTX (dose massima tollerata sino a 20 mg/settimana) o Leflunomide o Sulfasalazina e terapia cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

oppure

DAS 28 &gt; 3.2 in patient ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

Se NO giustificare\* \_\_\_\_\_

- Spondiloartriti**

ASDAS-CRP &gt; 2.1 dopo tentativo terapeutico con almeno 2 FANS (o Coxib) per più di 1 mese

Se NO giustificare\* \_\_\_\_\_

\* Ad esempio poiché il DAS 28 non include alcune delle articolazioni maggiormente colpite dall'artrite psoriasica come le articolazioni interfalangee distali e le localizzazioni entesitiche, l'inizio della terapia potrà avvenire anche con valori inferiori ai parametri sopra indicati.

Il farmaco biologico sarà associato a MTX?  si  no**PRIMA PRESCRIZIONE:**

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	

<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib (Olumiant®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib (Jyseleca®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab (Taltz®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Rixathon®, Truxima®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab (Kevzara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	_____ mg infusione ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)* *solo per l'Indicazione: Artrite Reumatoide	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib (Rinvoq®)* *solo per l'Indicazione: Artrite Reumatoide	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	

DATA \_\_\_\_\_

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

## ALLEGATO A-2

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**  
**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"**  
**REGIONE CALABRIA**  
*Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti*

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE**  
*(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

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

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale : _____	Data di nascita (gg/mm/anno) : ____/____/____
Peso (kg) _____	Altezza (cm) _____

<b>PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Artrite Reumatoide (AR)</b> <input type="checkbox"/> Artrite Reumatoide sierio-positiva <input type="checkbox"/> Artrite Reumatoide sierio-negativa <input type="checkbox"/> <b>Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica</b> <input type="checkbox"/> <b>Artrite Psoriasica (AP)</b> <input type="checkbox"/> <b>Spondilite Anchilosante (SA)</b> <input type="checkbox"/> <b>Artrite Gottosa</b>		
Anno esordio malattia: □□□□	Peso (kg) □□□□	Altezza (cm) □□□□
In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
• Numero articolazioni tumefatte: □□ (Conta a 28 articolazioni)	Numero articolazioni dolenti: □□ (Conta a 28 articolazioni)	
Altre sedi interessate: <input type="checkbox"/> Tibiotarsiche <input type="checkbox"/> Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee <input type="checkbox"/> Temporo-mandibolari <input type="checkbox"/> Entesi <input type="checkbox"/> Interfalangee distali delle mani <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____		
• Erosioni: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
• Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non valutata		
• Manifestazioni extra-articolari <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
• Scala Analogica (0-100) giudizio paziente □□	Proteina C-Reattiva (mg/L): □□.□	
• CRP- DAS28 :□□.□   Questionario HAQ □.□□ (facoltativo)		
• ASDAS-CRP: □.□□ (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)		

Dose MTX in corso (mg/settimana):  os  im  sc

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:

Intolleranza  Altro (specificare): \_\_\_\_\_

In terapia con Leflunomide da mesi:

Altri DMARDs:  Sulfasalazina  Ciclosporina  Idrossiclorochina  Altro \_\_\_\_\_

Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) .

**PRESCRIZIONE** (Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico):

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib (Olumiant®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib (Jyseleca®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Ixekinumab (Taltz®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Rixathon®, Truxima®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab (Kevzara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	_____ mg infusione ev/sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib (Rinvoq®)***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	

**\*\*\* IMPORTANTE!!**

- Per la prescrizione dei farmaci: **Tofacitinib (Xeljanz®) - Upadacitinib (Rinvoq®)** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica e per la prescrizione del farmaco - **Upadacitinib (Rinvoq®)** per l'indicazione terapeutica Spondilite Alchilosante

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti \_\_\_\_\_

- ha fallito\* almeno due trattamenti precedenti con farmaco biologico

Specificare i farmaci assunti \_\_\_\_\_

\*specificare la seguente causa di fallimento:

- inefficacia primaria  inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

- comparsa di eventi avversi \_\_\_\_\_

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- altro \_\_\_\_\_

- Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast (Otezla®)** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti \_\_\_\_\_

- presenta controindicazioni o intolleranza\* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: \_\_\_\_\_

\*specificare la causa di controindicazione intolleranza: \_\_\_\_\_

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- altro \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE** (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

- switch verso altro farmaco biologico  
 switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio  
 sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§)

§§ **Artrite Reumatoide o psoriasica periferica:** Considerare per sospensione (o dimezzamento dose) biologico se DAS28  $\leq$  2.6 persistente per 12 mesi. La raccolta dei piani terapeutici semestrali è raccomandata anche in funzione di un eventuale ripristino della terapia con biologico.

**Spondiloartriti:** Considerare per dimezzamento dose se ASDAS-CRP  $<$  1.3

**Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente**

- inefficacia primaria       inefficacia secondaria (perdita di efficacia)  
 comparsa di eventi avversi \_\_\_\_\_

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- 
- Remissione

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	_____ mg sc ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Baricitinib (Olumiant®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Filgotinib (Jyseleca®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekinumab (Taltz®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Rituximab biosimilare (Rixathon®, Truxima®)	_____ mg infusione ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Sarilumab (Kevzara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	_____ mg infusione ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Upadacitinib (Rinvoq®)***	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	

**\*\*\* IMPORTANTE!!**

- Per la prescrizione dei farmaci: **Tofacitinib (Xeljanz®) - Upadacitinib (Rinvoq®)** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica e per la prescrizione del farmaco - **Upadacitinib (Rinvoq®)** per l'indicazione terapeutica Spondilite Alchilosante

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti \_\_\_\_\_

- ha fallito\* almeno due trattamenti precedenti con farmaco biologico

Specificare i farmaci assunti \_\_\_\_\_

\*specificare la seguente causa di fallimento:

- inefficacia primaria  inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

- comparsa di eventi avversi \_\_\_\_\_

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- altro \_\_\_\_\_

- Per la prescrizione dei farmaci: **Apremilast (Otezla®)** per l'indicazione terapeutica Artrite Psoriasica

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

- ha risposto in modo inadeguato o è risultato intollerante al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali

Specificare i farmaci assunti \_\_\_\_\_

- presenta controindicazioni o intolleranza\* agli anti-TNF alfa e agli Inibitori delle Interleuchine

Specificare i farmaci assunti: \_\_\_\_\_

\*specificare la causa di controindicazione intolleranza: \_\_\_\_\_

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- altro \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO B-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA****PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Psoriasi a Placche***PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prima prescrizione)*

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

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso: M  F   Estero

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita (gg/mm/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASP di residenza \_\_\_\_\_ Regione di residenza \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:**
 **Psoriasi a Placche**  Paziente Adulto  Paziente Pediatrico

Anno esordio malattia: □□□□    Peso (kg) □□□□    Altezza (cm) □□□□

**PRECEDENTI TERAPIE:** MTX:
 Terapia interrotta o non effettuata per:  Intolleranza/Tossicità  Inefficacia  Controindicazioni  
 Co-morbidity  Altro \_\_\_\_\_
 Ciclosporina:
 Terapia interrotta o non effettuata per:  Intolleranza/Tossicità  Inefficacia  Controindicazioni  
 Co-morbidity  Altro \_\_\_\_\_
 Dimetilfumarato:
 Terapia interrotta o non effettuata per:  Intolleranza/Tossicità  Inefficacia  Controindicazioni  
 Co-morbidity  Altro \_\_\_\_\_
**Psoriasi a Placche: Indicazione rimborsata SSN**

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN deve essere limitato 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 a lesioni al viso o palmari/plantari, ungueali o genitali) che non abbiano risposto o che siano risultati intolleranti (fallimento terapeutico) ad un DMARD sintetico convenzionale. Le forme di psoriasi differenti dalla psoriasi cronica a placche, in particolare, psoriasi guttata, pustolosa localizzata (inclusa l'acrodermatite continua di Hallopeau) e pustolosa generalizzata, quando non associate a psoriasi a placche, NON hanno indicazione approvata per l'utilizzo dei farmaci biologici. Per le indicazioni pediatriche dei farmaci biologici fare riferimento alle rispettive Schede tecniche.

**REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI****Il/la paziente deve presentare:**1.  PASI > 10 e BSA > 10

Oppure

 PASI < 10 e BSA < 10 associati a lesioni:  al viso  palmo/plantare  ungueale  genitale

2. Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:

Farmaco (specificare) \_\_\_\_\_

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

15

Se NO Giustificare: \_\_\_\_\_ fonte: <http://burc.regione.calabria.it>

**PRIMA PRESCRIZIONE:**

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	<b>FARMACO</b>	<b>DOSE PRESCRITTA</b>	<b>Mg/pezzi richiesti</b>
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

DATA \_\_\_\_\_

DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO B-2

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA****PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Psoriasi a Placche***SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

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

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale : \_\_\_\_\_ Data di nascita (gg/mm/anno) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA DERMATOLOGICA PRIMARIA:**
 **Psoriasi a Placche**    Paziente Adulto    Paziente Pediatrico
Anno *Visual Analog Scale* (0-10) giudizio paziente □□

Indice PASI: \_\_\_\_\_

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

**PRESCRIZIONE** *(Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico)***In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	<b>FARMACO</b>	<b>DOSE PRESCRITTA</b>	<b>Mg/pezzi richiesti</b>
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ gg	

<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

**PRESCRIZIONE** (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

- switch verso altro farmaco biologico
- switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio
- sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri§§)

§§ Sospensione o Riduzione della dose: Riduzione del PASI del 75% (PASI 75)

**Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:**

- Progressione di malattia    inefficacia secondaria (perdita di efficacia)    Remissione di malattia
- Gravidanza    Intervento chirurgico    Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità \_\_\_\_\_

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Apremilast (Otezla®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Brodalumab (Kyntheum®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia®)	_____ mg ogni _____ settimane	

<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Etanercept biosimilare (Benepali®, Erelzi®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Guselkumab (Tremfya®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ixekizumab (Talz®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Risankizumab (Skyrizi®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Secukinumab (Cosentyx®)	_____ mg ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tildrakizumab (Ilumetri®)	_____ mg sc ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ settimane	

DATA \_\_\_\_\_ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO C-1

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA****PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa***PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prima prescrizione)*

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

Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale _____	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estero
Luogo di nascita _____	Data di nascita (gg/mm/anno) ____/____/____
ASP di residenza _____	Regione di residenza _____

**PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:**

- Morbo di Crohn**  Paziente Adulto  Paziente Pediatrico  
 **Colite Ulcerosa**

Anno esordio malattia: \_\_\_\_\_ Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

**PRECEDENTI TERAPIE:**

- Cortisone:  MTX:  6-mercaptopurina:  Aziatropina:

Terapia interrotta o non effettuata per:

- Intolleranza/Tossicità  Inefficacia  Controindicazioni  Co-morbidità  
 Altro \_\_\_\_\_

**REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI**○ **Morbo di Crohn: Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):**  Steroide dipendenza  Steroide resistenza  
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori  Presenza di fistole  
 Manifestazioni extraintestinali

 **No** Giustificare: \_\_\_\_\_○ **Colite Ulcerosa: Parametri di ingresso in trattamento con biologico**

- Si (selezionare una delle opzioni seguenti):**  Steroide dipendenza  Steroide resistenza  
 Intolleranza e/o controindicazione ad altri immunosoppressori  Manifestazioni extraintestinali

 **No** Giustificare: \_\_\_\_\_

Harvey-Bradshaw Index (HBI) n° \_\_\_\_\_ Truelove-Witts Criteria n° \_\_\_\_\_

**PRIMA PRESCRIZIONE:**

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	<b>FARMACO</b>	<b>DOSE PRESCRITTA</b>	<b>Mg/pezzi richiesti</b>
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

DATA \_\_\_\_\_ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ALLEGATO C-2

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA****PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Morbo di Crohn, Colite Ulcerosa***SCHEDA DI PRESCRIZIONE***(compilare solo in caso di prosecuzione terapia)*

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

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale : \_\_\_\_\_ Data di nascita (gg/mm/anno) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso (kg) \_\_\_\_\_ Altezza (cm) \_\_\_\_\_

**PATOLOGIA GASTROENTEROLOGICA PRIMARIA:**

- Morbo di Crohn**  Paziente Adulto  Paziente Pediatrico  
 **Colite Ulcerosa**

Anno esordio malattia: \_\_\_\_\_

**Harvey-Bradshaw Index (HBI) n°** □□ **Truelove-Witts Criteria n°** □□

**PRESCRIZIONE** *(Nel caso di prosecuzione della terapia con lo stesso principio attivo e schema posologico)***In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

	<b>FARMACO</b>	<b>DOSE PRESCRITTA</b>	<b>Mg/pezzi richiesti</b>
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

**PRESCRIZIONE** (Nel caso di prosecuzione ma con variazione della terapia rispetto alla precedente):

**In caso di prescrizione di farmaco biologico originator o biosimilare a maggior costo, allegare la relazione clinica che ne motivi la prescrizione**

- switch verso altro farmaco biologico
- switch verso altro schema posologico
- sospensione o riduzione del trattamento

**Motivazione della variazione della terapia con farmaco biologico rispetto alla precedente:**

- Progressione di malattia
- inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
- Remissione di malattia
- Gravidanza
- Intervento chirurgico
- Infezione
- Intolleranza al trattamento/Tossicità \_\_\_\_\_

(Allegare la Scheda di Segnalazione Reazione Avversa)

- Altro (specificare): \_\_\_\_\_

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Adalimumab biosimilare (Idacio®, Imraldi®, Hyrimoz®, Yuflyma®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	_____ mg in fase di induzione _____ mg ogni _____ mesi	
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Infliximab biosimilare (Flixabi®, Inflectra®, Remsima®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	
<input type="checkbox"/>	Tofacitinib (Xeljanz®)	_____ mg ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	_____ mg sc in fase di induzione _____ mg sc mantenimento ogni _____ gg	
<input type="checkbox"/>	Vedolizumab (Entyvio®)	_____ mg infusione ogni _____ settimane	

DATA \_\_\_\_\_ DURATA DELLA TERAPIA (max. 6 mesi) \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma  
del Medico Prescrittore**

**Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_