



S.I.S. :REGIONE PUGLIA
ASL: 160113 - BT

Id. Piano

750106735

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DEI FARMACI PER LA MALATTIA DI CROHN
PER LINEE DI TRATTAMENTO SUCCESSIVE AGLI ANTI-TNFα

Da compilarsi, ai fini della rimborsabilità SSN, da parte degli specialisti in gastroenterologia e medicina interna operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Codice fiscale		Cognome nome		
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina	Peso(Kg) <input type="text"/> H(cm) <input type="text"/>
Asl Residenza		Residenza		
Tel.		MMG		

Indicazione rimborsata: Malattia di Crohn moderata/grave (HBI HARVEY-BRADSHAW INDEX ≥ 8) in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), in presenza di almeno una delle seguenti situazioni cliniche:

- dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica, in presenza di resistenza, intolleranza o bilancio beneficio/rischio valutabile come negativo per gli immunosoppressori;
- resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

in pazienti che hanno avuto una risposta inadeguata (primary failure), hanno perso la risposta (secondary failure) o sono risultati intolleranti/hanno controindicazioni ai farmaci biologici anti-TNFα.

CRITERI DI RIMBORSABILITÀ (compilare solo in caso di prima prescrizione)

A SEVERITÀ DELLA MALATTIA

☒ Malattia di Crohn moderata/grave (HBI-HARVEY-BRADSHAW INDEX ≥ 8), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori),

B TERAPIA STEROIDEA (almeno 1 fra i seguenti criteri)

☒ Dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori (ad esempio azatioprina).

Indicare l’immunosoppressore

☐ Resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

Specificare se resistente o il tipo di intolleranza o controindicazione

C TERAPIA PRECEDENTE CON FARMACI BIOLOGICI ANTI-TNFα (almeno 1 fra i seguenti criteri)

☒ Risposta inadeguata (primary failure) o perdita di risposta (secondary failure) ad anti-TNFα

Specificare il/i farmaci/i

☐ Intolleranza/controindicazione ad anti-TNFα

Specificare il/i farmaci/i

Farmaco Prescritto

Dosaggio

Frequenza Settimanale



Prima prescrizione



Prosecuzione di cura

Durata trattamento



Giorni



Mesi

Data Termine

La prescrizione del farmaco deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Data Decorrenza

12/03/2024

La validità della scheda di prescrizione è al massimo di 12 mesi.