

SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____	Estero <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

Il trattamento con farmaci biologici nella psoriasi a placche 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, che siano risultati intolleranti, o per i quali siano controindicati altri trattamenti sistemici.**

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 ai rispettivi RCP.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il trattamento con farmaci biologici deve essere considerato quando sono soddisfatte **tutte** le seguenti 4 condizioni*:

1. PASI > 10 SI NO BSA > 10 SI NO oppure
 PASI < 10 SI NO BSA < 10 SI NO associato a lesioni al viso
 Palmo/plantare ungueale genitale
2. mancata risposta intolleranza controindicazione clinica a Metotrexato
3. mancata risposta intolleranza controindicazione clinica a Ciclosporina
4. mancata risposta intolleranza controindicazione clinica a PUVA terapia

* per il secukinumab è sufficiente che siano verificate la condizione di cui al punto 1 e almeno una delle successive tre (punti 2.3.4.)



Eventuale precedente terapia con farmaco biologico:

Adalimumab Etanercept Infliximab Ustekinumab Secukinumab

Farmaco prescritto	dose (mg)	frequenza (settimane)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
Adalimumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etanercept			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infliximab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustekinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secukinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **12 mesi** dalla data di compilazione)

Data _____

Timbro e Firma del Medico

