

etanercept	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>
golimumab	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>
Infliximab	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>
secukinumab	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>
ustekinumab	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>

Il trattamento con Otezla deve essere iniziato da specialisti esperti nella diagnosi, nel trattamento e nella valutazione clinimetrica della risposta terapeutica dell'artrite psoriasica.

Prescrizione:

Otezla 10/20/30 mg compresse rivestite con film 27 cpr <i>Starter Pack</i>	n.
Otezla 30 mg compresse rivestite con film 56 cpr	n.

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

(NOTA BENE: la validità del Piano Terapeutico non può superare i **12 mesi** dalla data di compilazione)

Data _____

Timbro e Firma del Medico

