



**Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive**

| <b>Farmaco prescritto</b><br><i>(specificare il tipo di device)</i>     | Prima prescrizione <sup>^</sup>   | Prosecuzione della cura <sup>^</sup> | switch da altro biologico <sup>^</sup> |
|---|---|--------------------------------------|--|
| Adalimumab<br>_____   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>               |
| _____<br><i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i> |   |                                      |  |
| Certolizumab<br>_____   | <input type="checkbox"/> Induzione<br><input type="checkbox"/> Mantenimento | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>               |
| _____<br><i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i> |   |                                      |  |
| Etanercept<br>_____   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>               |
| _____<br><i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i> |   |                                      |  |
| Golimumab<br>_____  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>               |
| _____<br><i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i> |   |                                      |  |

<sup>^</sup> riferito al farmaco prescritto

In caso di switch specificare le motivazioni:

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

specificare

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

specificare

**Durata prevista del trattamento** (mesi al controllo successivo)(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **6 mesi** dalla data di compilazione)

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

\_\_\_\_\_

18A01468

