

Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive

(la prescrizione non è valida se la compilazione non è completa)

| Farmaco prescritto <i>(specificare il farmaco prescritto)</i> | Prima prescrizione [^] | Prosecuzione della cura [^] | switch da altro biologico [^] |
|---|---|---------------------------------------|--|
| Adalimumab _____ | <input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> mantenimento | <input type="checkbox"/> mantenimento | <input type="checkbox"/> |
| <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i> | | | |
| Golimumab _____ | <input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> mantenimento | <input type="checkbox"/> mantenimento | <input type="checkbox"/> |
| <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i> | | | |
| Infliximab _____ | <input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> mantenimento | <input type="checkbox"/> mantenimento | <input type="checkbox"/> |
| <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i> | | | |
| Vedolizumab _____ | <input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> mantenimento | <input type="checkbox"/> mantenimento | <input type="checkbox"/> |
| <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i> | | | |

[^] 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

18A01469

