

Centro prescrittore: _____		Medico prescrittore (cognome e nome) _____	
Tel. _____		e-mail _____	
Nome e Cognome dell'assistito _____			
Età _____ Sesso		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Cod.Fisc. _____	
Indirizzo _____		Città _____	Provincia _____
ASL di residenza _____		Nome e Cognome del medico curante _____	
Farmaco prescritto:			
Interferon beta 1a: <input type="checkbox"/> Rebif®		<input type="checkbox"/> penna 8,8 mcg + penna 22mcg (confezione start)	
		<input type="checkbox"/> penna 22 mcg	<input type="checkbox"/> siringa 22 mcg
		<input type="checkbox"/> penna 44 mcg	<input type="checkbox"/> siringa 44 mcg
		<input type="checkbox"/> penna 30mcg	<input type="checkbox"/> siringa 30 mcg
<input type="checkbox"/> Avonex®			
Interferon beta 1b: <input type="checkbox"/> Extavia® / Betaferon® flaconcino 250 mcg + siringa preriempita con solvente			
PEGinterferon beta 1a (Plegridy®):		<input type="checkbox"/> penna 63 mcg + penna 94 mcg	<input type="checkbox"/> penna 125 mcg
		<input type="checkbox"/> siringa 63 mcg + siringa 94 mcg	<input type="checkbox"/> siringa 125 mcg
<input type="checkbox"/> glatiramer acetato (Copaxone®) siringa 20 mg x		<input type="checkbox"/> glatiramer acetato (Copaxone®) siringa 40 mg	
<input type="checkbox"/> teriflunomide (Aubagio®) compresse 14 mg			
<input type="checkbox"/> dimetilfumarato (Tecfidera®)		<input type="checkbox"/> capsule 120 mg	<input type="checkbox"/> capsule 240 mg
Diagnosi: Sclerosi Multipla definita <input type="checkbox"/> Formulata in data ____/____/____			
dal Centro: _____			
Decorso clinico:			
1. SM recidivante-remittente <input type="checkbox"/>		EDSS: $\geq 1 - < 5,5$ <input type="checkbox"/>	
2. Secondariamente progressiva <input type="checkbox"/>		EDSS: $> 3 - < 6,5$ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> prima prescrizione		<input type="checkbox"/> prosecuzione del trattamento	<input type="checkbox"/> switch da precedente terapia
Se switch, indicare il trattamento/i precedente/i e la sua/loro durata:			
1. trattamento: _____		durata: _____	
2. trattamento: _____		durata: _____	
Ragione dello switch:			
<input type="checkbox"/> tollerabilità		<input type="checkbox"/> inefficacia	<input type="checkbox"/> altro (specificare) _____
Durata prevista del trattamento prescritto ⁽²⁾ _____			
1. SM recidivante-remittente diagnosticata secondo i criteri di Polman (Polman, 2010) con EDSS tra 1 e 5,5 (Avonex, Rebif 22 e 44 mcg, Betaferon, Extavia e Copaxone, Aubagio, Tecfidera, Pledigry)			
2. SM secondariamente progressiva con EDSS tra 3 e 6,5 e almeno 2 ricadute o un punto di incremento all'EDSS nei due anni precedenti (Betaferon, Extavia);			

Data ____/____/____

Timbro e firma del clinico prescrittore ⁽³⁾

(1) Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.

(2) la validità del P.T. non può superare 12 mesi dalla data di compilazione

(3) I dati identificativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.