

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE
DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE
(G.U. n.133 del 09.06.2016)**

Centro prescrittore: _____
 Medico prescrittore (cognome e nome) _____
 Tel. _____ e-mail _____
 Nome e Cognome dell'assistito _____
 Data di nascita _____ Sesso M F peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
 Comune di nascita _____ Estero
 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 Metrotrexato
 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

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 clinico prescrittore ⁽¹⁾

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