Scheda di eleggibilità e prima prescrizione

SCHEDA PRESCRIZIONE DI ADALIMUMAB PER IL TRATTAMENTO DELL'UVEITE NON-INFETTIVA INTERMEDIA, POSTERIORE E PANUVEITE

Validità massima 6 mesi.

Centro prescrittore_____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail_____

Paziente (cognome, nome)_____

Data di nascita _____ sesso M □ F □ Comune di nascita _____

_____ Estero □

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a _____ Tel. _____

Regione _____ ASL di residenza_____ Prov._____

Medico di Medicina Generale _____

Indicazione rimborsata SSN

Trattamento dell'uveite non-infettiva intermedia, posteriore e panuveite in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata ai corticosteroidi, in pazienti che necessitano di farmaci risparmiatori di corticosteroidi o nei quali il trattamento con corticosteroidi è inappropriato.

SCHEDA DI ELEGGIBILITÀ E PRIMA PRESCRIZIONE:

Il trattamento deve essere considerato previa verifica dell'eleggibilità secondo i criteri sotto elencati

1. Presenza di uveite non-infettiva: intermedia □ posteriore □ panuveite □

2. Inadeguata risposta □ intolleranza □ controindicazione □
ad almeno un corticosteroide (specificare quale) _____

3. Inadeguata risposta □ intolleranza □ controindicazione □
ad almeno un immunomodulatore (specificare quale) _____

Prima prescrizione:

□ Acuità visiva (*al basale in decimi*): _____

□ Grado di attività infiammatoria: lieve □ moderata □ severa □

□ Dosaggio: _____

□ Posologia: _____

□ Validità del Piano Terapeutico (non superiore a 6 mesi): _____

Data_____ Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore