Scheda di rivalutazione e prosecuzione della terapia

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 RIVALUTAZIONE E PROSECUZIONE DELLA TERAPIA

- □ Acuità visiva* (*alla rivalutazione in decimi*): _____
- □ Acuità visiva (*al baseline, riportare il valore indicato all'eleggibilità*): _____
- □ Grado di attività infiammatoria (*alla rivalutazione)*: lieve □ moderata □ severa □
- □ Grado di attività infiammatoria (*al baseline)*: lieve □ moderata □ severa □
- □ Dosaggio: _____
- □ Posologia: _____
- □ Validità del Piano Terapeutico (non superiore a 6 mesi): _____

Data_____ Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore