



SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE  
ROACTEMBRA

Farmaco H allegato 3

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale dell'Assistito \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sesso M  F

Regione di residenza dell'Assistito \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Domicilio: Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Diagnosi formulata in data \_\_\_\_\_:

- trattamento di pazienti adulti affetti da artrite reumatoide attiva di grado da moderato a grave in associazione con metotressato che non abbiano risposto adeguatamente o siano intolleranti a precedente terapia con uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD) o antagonisti del fattore di necrosi tumorale (TNF).
- monoterapia in caso di intolleranza al metotressato o quando il trattamento continuativo con metotressato è inappropriato:

Posologia: 8mg/kg di peso corporeo, ma non meno di 480 mg, una volta ogni quattro settimane

PROGRAMMA TERAPEUTICO

	FARMACO	Modalità somministrazione	Quantità consegnata
Roactembra	4 fl 10 ml 20 mg/ml		
Roactembra	4 fl 20 ml 20 mg/ml		
Roactembra	4 fl 4 ml 20 mg/ml		
Roactembra	fl 10 ml 20 mg/ml		
Roactembra	fl 20 ml 20 mg/ml		
Roactembra	fl 4 ml 20 mg/ml		

Durata prevista del trattamento<sup>1</sup>

Primo ciclo di terapia

Prosecuzione terapia

Medico Prescrittore Dr / Prof \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico prescrittore<sup>2</sup>

Timbro del Centro Prescrittore

<sup>1</sup> Non oltre 4 mesi. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda

<sup>2</sup> I dati identificativi del medico devo essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni