



**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE
STELARA**

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 della psoriasi a placche, di grado da moderato a severo in pazienti adulti che non hanno risposto a precedenti terapie sistemiche tra cui il trattamento a base di ciclosporina, metotressato o PUVA;
- trattamento della psoriasi a placche, di grado da moderato a severo in pazienti adulti che sono intolleranti o presentano controindicazioni a precedenti terapie sistemiche tra cui il trattamento a base di ciclosporina, metotressato o PUVA

Posologia:

Dose iniziale di 45 mg somministrata per via sottocutanea, seguita da una dose di 45 mg dopo 4 settimane e, successivamente, ogni 12 settimane.

In pazienti con un peso superiore a 100 kg la dose iniziale da somministrare per via sottocutanea è di 90 mg, seguita da una dose di 90 mg dopo 4 settimane e, successivamente, ogni 12 settimane.

Il trattamento deve essere interrotto nei pazienti che non hanno mostrato alcuna risposta dopo 28 settimane.

PROGRAMMA TERAPEUTICO

FARMACO	Modalità somministrazione	Quantità consegnata
STELARA FI 0.5 ml 45 mg		
Durata prevista del trattamento ¹		
<input type="checkbox"/> Primo ciclo di terapia		<input type="checkbox"/> Prosecuzione terapia
Medico Prescrittore Dr / Prof _____		
Telefono _____		e-mail _____
Firma e timbro del medico prescrittore ²		Timbro del Centro Prescrittore

¹ Non oltre 4 mesi. Per eventuale proseguimento della terapia redigere una nuova scheda.

² I dati identificativi del medico devono essere tali da permettere eventuali tempestive comunicazioni