



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 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