ALLEGATO

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA SPESOLIMAB (Spevigo®)
NEL TRATTAMENTO DELLA PSORIASI PUSTOLOSA GENERALIZZATA (GPP).

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri.

Centro prescrittore_____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____

Data di nascita _____ sesso M ☐ F ☐ _____ peso (Kg) _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tel._____

ASL di residenza_____ Regione _____ Prov._____

Medico di Medicina Generale _____ recapito Tel. _____

Indicazione autorizzata e rimborsata:
Spevigo è indicato in monoterapia per il trattamento delle riacutizzazioni in pazienti adulti con psoriasi pustolosa generalizzata (generalised pustular psoriasis, GPP).

Scheda valida fino al _____(max 8 gg dalla data di prima prescrizione)

Si sottolinea che sono disponibili dati solo preliminari di sicurezza e di efficacia circa l'utilizzo di spesolimab in caso di successivi flare, per cui il trattamento di un episodio successivo deve essere attentamente valutato dal clinico.

Compilare al tempo 0 del flare (verifica appropriatezza):

Il/la paziente
presenta riacutizzazione di malattia caratterizzata da:
Comparsa di nuovi gruppi pustole
GPPGA ≥ 3 (e subscore pustole≥2)
BSA>5%
non assume altra terapia di background

Compilare alla settimana 1 in caso di necessità di ritrattamento:

Il/la paziente
presenta persistenza dei sintomi di flare:
GPPGA ≥ 2 (e subscore pustole≥2)

Data_____

Timbro e firma del medico prescrittore

24A06848