

Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive

Farmaco prescritto <i>(specificare il tipo di device)</i>	Prima prescrizione [^]	Prosecuzione della cura [^]	switch da altro biologico [^]
Adalimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Certolizumab _____	<input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> Mantenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Etanercept _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Golimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			

[^] riferito al farmaco prescritto

In caso di switch specificare le motivazioni:

- inefficacia primaria
 inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
 comparsa di eventi avversi _____

specificare

-
- altro _____

specificare

Durata prevista del trattamento (mesi al controllo successivo)(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **6 mesi** dalla data di compilazione)

Data _____

Timbro e Firma del Medico

18A01468



