

Compilare solo in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza):

Il/la Paziente deve soddisfare la seguente condizione:

Pazienti con Malattia di Crohn moderata/grave (HBI-HARVEY-BRADSHAW INDEX ≥ 8), in aggiunta o meno alla terapia convenzionale (aminosalicilati e/o steroidi e/o immunosoppressori), associata ad **almeno 1 fra i seguenti criteri**:

- dipendenza da un trattamento con steroide per via sistemica + resistenza o intolleranza o un bilancio beneficio/rischio negativo per immunosoppressori quali ad esempio azatioprina;
- resistenza o intolleranza/controindicazioni alla terapia steroidea orale

E che hanno avuto una risposta inadeguata (*primary failure*), hanno perso la risposta (*secondary failure*) o sono risultati intolleranti/hanno controindicazioni a farmaci biologici anti-TNF α .

Il paziente non ha risposto:

- Farmaco (specificare): _____
- Eventuale precedente terapia con farmaco Biologico:
 - adalimumab infliximab vedolizumab

| Farmaco prescritto | dose (mg) | frequenza (settimane) | Prima prescrizione | Prosecuzione della cura |
|--------------------|-----------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| ustekinumab | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **12 mesi** dalla data di compilazione). **Durata prevista del trattamento** (mesi) _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico

18A05714

