



DIREZIONE SANITA'

Settore Assistenza Farmaceutica, Integrativa e Protesica

**Scheda per la prescrizione dei farmaci per il trattamento della sclerosi multipla - Nota AIFA 65 - (interferon beta 1a, interferon beta 1b, PEGinterferon beta 1a, glatiramer acetato, teriflunomide, dimetilfumarato\*)**

- da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN -

Centro prescrittore \_\_\_\_\_  
**Medico** prescrittore (cognome, nome) \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
**Paziente** (cognome, nome) \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di nascita \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
 ASL di residenza \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Prima prescrizione     prosecuzione terapia     Switch da precedente terapia  
 Farmaco prescritto:  
**Interferon beta 1a:**  
 penna 22 mcg     siringa 22 mcg     cartuccia 22 mcg  
 penna 44 mcg     siringa 44 mcg     cartuccia 44 mcg  
 penna 30mcg     siringa 30 mcg  
**Interferon beta 1b:**  
 flaconcino 250 mcg + siringa preriempita con solvente  
**PEGinterferon beta 1a:**  
 penna 63 mcg + penna 94 mcg     siringa 63 mcg + siringa 94 mcg  
 penna 125 mcg     siringa 125 mcg  
**Glatiramer acetato:**     siringa 20 mg     siringa 40 mg  
**Teriflunomide:**     compresse 14 mg  
**Dimetilfumarato\*:**     capsule 120 mg    capsule 240 mg  
 Posologia \_\_\_\_\_  
 Durata prevista del trattamento: \_\_\_\_\_  
 (N.B. la validità del P.T. non può superare **12 mesi** dalla data di compilazione )

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma  
del medico prescrittore

\* Farmaco erogabile in Distribuzione Diretta

Partenza: AOO A1400B, N. Prot. 00005345 del 14/09/2023