



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