



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"

U.O.C. FARMACIA CENTRALIZZATA

Modulo richiesta Farmaco SKYRIZI (RISANKIZUMAB) somministrato in regime ambulatoriale

Cognome: _____	DAI: _____
Nome: _____	Unità operativa: _____
Data di Nascita: _____	Centro di costo: _____
Codice fiscale: _____	Medico richiedente: _____
Numero di cartella clinica: _____	Tel. _____

Farmaco prescritto:

- ☐ SKIRIZI 600mg (risankizumab) fl E.V.

Indicazione terapeutica:

- ☐ Trattamento di pazienti adulti affetti da **malattia di Crohn** attiva di grado da moderato a severo che manifestano una risposta inadeguata, una perdita di risposta o un'intolleranza alla terapia convenzionale o ad una terapia biologica.

Posologia:

- ☐ **NAIVE:** 600mg (dose flat) ai tempi
- ☐ T0
 - ☐ T4
 - ☐ T8
- ☐ **CONTINUITA' TERAPEUTICA:** 360 mg S.C. alla settimana T12 e poi ogni 8 settimane.

Quantità di farmaco richiesta per singola somministrazione: 1 fiala

Data di prescrizione _____ Firma e Timbro del Medico richiedente _____

Il farmacista per verifica _____

Da compilare all'avvenuta somministrazione:

Il sottoscritto Prof./Dr. _____ dichiara che il farmaco è stato somministrato in schema label al paziente in regime ambulatoriale in data _____	
Numero di prenotazione ambulatoriale: _____	
Numero EDF: _____	
Spazio Fustelle	
Firma e timbro: _____	