



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "FEDERICO II"
U.O.C. FARMACIA CENTRALIZZATA

Modulo richiesta Farmaco INFLIXIMAB BIOSIMILARE somministrato in regime ambulatoriale.

Cognome: _____	
Nome: _____	
Data di Nascita: _____	
Medico richiedente: _____	Unità Operativa: _____
Codice Fiscale: _____	Centro di costo: _____
Peso corporeo: _____	
Numero di cartella clinica: _____	TEL.: _____

Farmaco prescritto:

- ZESSLY 100mg fiala E.V. FLIXABI 100mg fiala E.V. REMSIMA 100mg fiala E.V.

Indicazione terapeutica

- Trattamento della malattia di Crohn in fase attiva, da grado moderato a severo, in pazienti adulti non responsivi al trattamento convenzionale;
- Trattamento della malattia di Crohn fistolizzante in fase attiva, in pazienti adulti che non abbiano risposto alle terapie convenzionali;
- Trattamento della colite ulcerosa in fase attiva, di grado da moderato a severo, in pazienti adulti che non hanno risposto in modo adeguato alla terapia convenzionale;
- Trattamento dell'Artrite psoriasica attiva e progressiva in pazienti adulti qualora la risposta a precedenti trattamenti con DMARD sia stata inadeguata
- Trattamento della Spondilite anchilosante severa in fase attiva in pazienti adulti che non hanno risposto in modo adeguato alle terapie convenzionali.
- Trattamento dell'Artrite Reumatoide in pazienti adulti con malattia attiva e risposta insufficiente a DMARD (incluso metotrexato)
- Trattamento dell'Artrite Reumatoide in pazienti adulti con malattia severa, attiva e progressiva, non trattata precedentemente con metotrexato o altri DMARD.
- Trattamento di pazienti con uveite severa refrattaria correlata ad artrite idiopatica giovanile. **(L.648/96)**

Posologia:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NAIVE: 5mg/Kg ai tempi: <ul style="list-style-type: none"> o T0 o T2 o T6 | <input type="checkbox"/> OTTIMIZZAZIONE TERAPEUTICA: <ul style="list-style-type: none"> o 7,5mg/Kg ogni 56 giorni oppure o 5mg/Kg ogni 42 giorni |
| <input type="checkbox"/> CONTINUITA' TERAPEUTICA: 5mg/Kg ogni 56 giorni | |
| <input type="checkbox"/> AR: 3mg/Kg ai tempi: <ul style="list-style-type: none"> o T0 o T2 o T6 | <input type="checkbox"/> OTTIMIZZAZIONE TERAPEUTICA: <ul style="list-style-type: none"> o 3mg/Kg ogni 56 giorni oppure o 7,5mg/Kg ogni 56 giorni |

Quantità di farmaco richiesta per singola somministrazione _____

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: _____