REV. 23.01.2025

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

Modulo richiesta Farmaco STELARA (USTEKINUMAB) 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:

- ☐ STELARA 300mg (ustekinumab) fl E.V.

Indicazione terapeutica:

- ☐ Trattamento di pazienti adulti affetti da malattia di Crohn attiva di grado da moderato a grave che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale o ad un antagonista del TNFα;
- ☐ Trattamento di pazienti adulti con colite ulcerosa attiva di grado da moderato a grave che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale o ad una terapia biologica;

Posologia:

- ☐ NAIVE:
  - 260 mg
  - 390 mg
  - 520 mg al tempo T0
- ☐ La CONTINUITA' TERAPEUTICA prevede trattamento sottocute dopo 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: _____