

PROPOSTA TERAPEUTICA PER SCLEROSI MULTIPLA

Nota AIFA 65⁽¹⁾

(interferon beta 1a, interferon beta 1b, PEGinterferon beta 1a, glatiramer acetato, teriflunomide, dimetilfumarato)

Centro prescrittore: _____
 Medico prescrittore (cognome e nome) _____
 Tel. _____ e-mail _____
 Nome e Cognome dell'assistito _____
 Età _____ Sesso M ☐ F ☐
 Codice Fiscale _____
 ASL di residenza _____
 Medico curante (cognome e nome) _____

Indicazione terapeutica

- ☐ **Sclerosi multipla recidivante-remittente (RRMS)** definita secondo i criteri di McDonald rivisti nel 2017 per la diagnosi di sclerosi multipla (Thompson 2018).
glatiramer acetato, interferone β-1a ricombinante, interferone β-1b ricombinante, teriflunomide, dimetilfumarato, peginterferone beta-1a
- ☐ **Sclerosi Multipla secondariamente progressiva con malattia in fase attiva evidenziata da recidive.**
interferone β-1b ricombinante

Farmaco prescritto: specificare nome specialità medicinale, via di somministrazione e dosaggio

Interferone beta 1-a ricombinante: _____

Interferone beta 1-b ricombinante: _____

PEGinterferon beta 1 a: _____

Glatiramer acetato : _____

Teriflunomide: _____

Dimetilfumarato: _____

Posologia _____

☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della Cura ☐ Cambio terapia

Motivo dello switch: ☐ inefficacia ☐ tollerabilità ☐ altro (specificare): _____

Durata prevista del trattamento (mesi): : _____ (N.B. la validità del P.T. non può superare **12 mesi** dalla data di compilazione)

Data ____/____/____

Timbro e firma del clinico prescrittore ⁽²⁾

(1) Da redigere a cura dei centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci nota 65. Il modulo va compilato in triplice copia da inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.

(2) I dati identificativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.