

Parte B Prima prescrizione e prescrizioni successive di:

- Farmaci biologici: TNFi, anti-integrine, e anti-interleuchine (la prescrizione non è valida se la compilazione non è completa)

Farmaco prescritto (specificare il farmaco prescritto)	Prima prescrizione [^]	Prosecuzione della cura [^]	Switch da altro biologico [^]
TNFi			
☐ Adalimumab	☐ Induzione ☐ mantenimento	☐ mantenimento	☐
☐ Golimumab			
☐ Infliximab			
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Anti-integrine			
☐ Vedolizumab	☐ Induzione ☐ mantenimento	☐ mantenimento	☐
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Anti-interleuchine			
☐ Mirikizumab	☐ Induzione ☐ mantenimento	☐ mantenimento	☐
☐ Guselkumab	☐ Induzione ☐ mantenimento	☐ mantenimento	☐
☐ Risankizumab	☐ Induzione ☐ mantenimento	☐ mantenimento	☐
☐ Ustekinumab	☐ Induzione ☐ mantenimento	☐ mantenimento	☐
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			

[^] riferito al farmaco prescritto

In caso di switch specificare le motivazioni:

- ☐ inefficacia primaria
☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
☐ comparsa di eventi avversi _____ specificare
☐ altro _____ specificare

- **Modulatori dei recettori della S1P (la prescrizione non è valida se la compilazione non è completa)**

☐ Etrasimod	☐ Prima prescrizione	☐ Prosecuzione della cura
 <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>		

Scheda valida fino al _____

La validità della scheda è al massimo di 12 mesi

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore
