

PROPOSTA TERAPEUTICA PER SCLEROSI MULTIPLA (Nota AIFA 65) ⁽¹⁾

Centro prescrittore: _____ Medico prescrittore (cognome e nome) _____	
Tel. _____ e-mail _____	
Nome e Cognome dell'assistito _____	
Età _____ Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Cod.Fisc. _____	
Indirizzo _____ Città _____ Provincia _____	
ASL di residenza _____ Nome e Cognome del medico curante _____	
Farmaco prescritto	
<i>Interferone beta 1-a i.m.</i> : Avonex <input type="checkbox"/> <i>Interferone beta 1-a s.c.</i> : Rebif 22µg <input type="checkbox"/> Rebif 44µg <input type="checkbox"/>	
<i>Interferone beta 1b s.c.</i> : Betaferon <input type="checkbox"/> Extavia <input type="checkbox"/> <i>Glatiramer</i> : Copaxone <input type="checkbox"/> <i>Fingolimod os</i> : Gilenya <input type="checkbox"/>	
Posologia: _____ Durata della terapia _____	
Diagnosi: Sclerosi Multipla definita <input type="checkbox"/> Formulata in data ___ / ___ / _____	
dal Centro: _____	
Decorso clinico:	
1. SM recidivante-remittente <input type="checkbox"/> EDSS: ≥ 1 - ≤ 5,5 <input type="checkbox"/>	
2. Secondariamente progressiva <input type="checkbox"/> EDSS: > 3 - < 6,5 <input type="checkbox"/>	
3. SM recidivante-remittente ad elevata attività in:	
- <i>pazienti con un'elevata attività di malattia nonostante la terapia con interferone-beta</i>	
• paziente con almeno 1 recidiva nell'anno precedente mentre era in terapia, e con almeno 9 lesioni iperintense in T2 alla RM cerebrale o almeno 1 lesione captante gadolinio <input type="checkbox"/>	
• paziente che presenta, rispetto all'anno precedente, un tasso di recidive invariato o aumentato o che presenta recidive gravi <input type="checkbox"/>	
- <i>pazienti con SM recidivante-remittente grave ad evoluzione rapida</i>	
• caratterizzato da due o più recidive disabilitanti in un anno, e con 1 o più lesioni captanti gadolinio alla RM cerebrale <input type="checkbox"/>	
• con un aumento significativo del carico lesionale in T2 rispetto ad una precedente RM recentemente effettuata <input type="checkbox"/>	
Prima prescrizione <input type="checkbox"/> prosecuzione della Cura <input type="checkbox"/>	
Cambio terapia <input type="checkbox"/>	
Motivo: effetti collaterali <input type="checkbox"/> Perdita di efficacia <input type="checkbox"/> Entrata in progressione <input type="checkbox"/>	
1. SM recidivante-remittente diagnosticata secondo i criteri di Polman (Polman, 2005) con EDSS tra 1 e 5,5 (Avonex, Rebif 22 e 44 mcg, Betaferon, Extavia e Copaxone)	
2. SM secondariamente progressiva con EDSS tra 3 e 6,5 e almeno 2 ricadute o un punto di incremento all'EDSS nei due anni precedenti (Betaferon, Extavia)	
3. Secondo i criteri di eleggibilità definiti sul sito AIFA sezione http://aifa-neuro.agenziafarmaco.it (Gilenya)	
Follow up da effettuarsi con cadenza quadrimestrale:	
data 1° follow up _____ data 2° follow up _____ data 3° follow up _____	

Data ___ / ___ / _____

Timbro e firma del clinico prescrittore ⁽²⁾

(1) Da redigere in triplice copia ed 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