

TOCTINO
INDICAZIONI TERAPEUTICHE

- Toctino -

- TOCTINO è indicato negli adulti per il trattamento dell'eczema cronico severo alle mani, resistente al trattamento con potenti corticosteroidi topici. E' più probabile che rispondano al trattamento i pazienti affetti da eczema prevalentemente a carattere ipercheratosico rispetto ai pazienti nei quali l'eczema è prevalentemente a carattere disidrosico.

DIAGNOSI

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Data valutazione *	____/____/____ (gg mm aaaa)
(E) Diagnosi *	Eczema cronico severo altro
(E) Eczema prevalentemente *	Ipercheratosico Disidrosico Altro
Severità (scala PGA) *	Malattia severa o molto severa Malattia moderata Malattia lieve Malattia quasi assente
(E) Parametro secondo la scala mTLSS (Total Lesion Symptom Score) *	Valore ≥ 12 Valore < 12
(E) Localizzazione *	Mani Piedi Altro
Motivo del fallimento del trattamento con corticosteroidi topici *	Resistenza Intolleranza
Il paziente è stato già trattato con Alitretionina (p.e. in studio clinico, studio compassionevole, ecc)? *	Si No
(E) Il farmaco verrà associato ad altri farmaci sistemici correlati alla patologia? *	Si No
Patologie concomitanti *	Si No
Se SI indicare quali	<input type="checkbox"/> patologie psichiatriche <input type="checkbox"/> patologie apparato muscolo-scheletrico e tessuto connettivo <input type="checkbox"/> patologie oculari <input type="checkbox"/> patologie tiroidee <input type="checkbox"/> patologie epatobiliari e gastrointestinali <input type="checkbox"/> allergie <input type="checkbox"/> diabete, obesità, ipertensione <input type="checkbox"/> metabolismo lipidico <input type="checkbox"/> patologie renali <input type="checkbox"/> ipertensione endocranica <input type="checkbox"/> altre patologie diverse da quelle sopra elencate

Se altre, specificare	
Criteri di esclusione per potenziale fertilità: (l'Amenorrea conseguente a terapia antitumorale non esclude la potenziale fertilità)	<input type="checkbox"/> Età = 50 anni e naturalmente amenorroica da un anno <input type="checkbox"/> Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo <input type="checkbox"/> Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia <input type="checkbox"/> Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina
Consulto ginecologico (esito)	
In trattamento con contraccettivi orali di tipo combinato	Si No
(E) Informata del potenziale rischio teratogeno per il feto *	Si No
(E) Informata della necessità di utilizzare un metodo contraccettivo efficace 4 settimane prima dell'inizio del trattamento, durante il trattamento, durante l'interruzione del trattamento, e per 5 settimane dopo la fine del trattamento con Toctino, o impegnarsi alla totale e continua astinenza *	Si No
(E) Informata che, anche in caso di amenorrea, deve attenersi alle indicazioni sulla contraccezione *	Si No
(E) Conferma che la paziente è in grado di seguire le misure contraccettive *	Si No
(E) Informata delle conseguenze legate ad una gravidanza e della necessità di interrompere il trattamento e di ricevere un consulto rapidamente se sussiste un rischio di gravidanza *	Si No
(E) Conferma che la paziente accetta di effettuare il test di gravidanza ad intervalli di 4 settimane a meno di sterilizzazione tubarica confermata *	Si No
(E) Informata dei rischi e delle necessarie precauzioni connesse all'uso di Toctino *	Si No
Consulto per la contraccezione *	Richiesto consulto Consulto effettuato Consulto completato

(E)	Contraccezione *	Impianto Dispositivo intrauterino Medrossiprogesterone acetato depot sterilizzazione tubarica Rapporti con partner vasectomizzato Pillole a base di solo progestinico minipillola anello vaginale cerotto trans dermico ormoni iniettabili Nessuna
	Se nessuna, la paziente si impegna a rispettare una totale astinenza sessuale	Si No
	Se Rapporti con partner vasectomizzato, Test del seme	Positivo Negativo
	Data del Test del seme	(gg mm aaaa)
	Data di inizio utilizzo metodo contraccettivo *	___/___/___ (gg mm aaaa)
(E)	Test di gravidanza *	Positivo Negativo
	Data del test *	___/___/___ (gg mm aaaa)
(E)	Consegnato il "manuale del paziente" *	Si No
(E)	Informato della necessità di non dare il farmaco ad altre persone *	Si No
(E)	Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Toctino e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento *	Si No
(E)	Il Paziente ha siglato il Modulo di Consenso Informato *	Si No
(E)	Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate *	Si No