

*Documento PTR n. 262 relativo a:*

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE  
PER LA PRESCRIZIONE DEI  
FARMACI DI 1° LINEA  
PER IL TRATTAMENTO DELLA  
SCLEROSI MULTIPLA RECIDIVANTE REMITTENTE  
(Nota AIFA 65)**

*Aggiornamento Febbraio 2016*

*Aggiornamento Dicembre 2015*

*Giugno 2015*

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DEI FARMACI DI 1° LINEA  
(interferon beta 1a, interferon beta 1b, PEGinterferon beta 1a, glatiramer acetato, teriflunomide, dimetilfumarato)  
PER IL TRATTAMENTO DELLA SCLEROSI MULTIPLA RECIDIVANTE REMITTENTE (Nota AIFA 65)**

Unità Operativa _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (nome e cognome o iniziali) _____	Data di nascita _____
Codice Fiscale _____	
Residente a _____	Prov. _____ in Via _____ n. _____
Tel. _____	AUSL di residenza _____ Regione _____
Medico di Medicina generale _____	

**Il piano terapeutico regionale è a carico del SSR se rilasciato dai Centri individuati dalla RER per la prescrizione dei farmaci della Nota AIFA n. 65. La prescrizione deve avvenire in accordo con le raccomandazioni formulate dal Gruppo di Lavoro regionale sui farmaci per la sclerosi multipla (Documento PTR n. 271)**

**Farmaco prescritto:**

Interferon beta 1a: <input type="checkbox"/> Rebif®	<input type="checkbox"/> penna 8,8 mcg + penna 22mcg (confezione start)
	<input type="checkbox"/> penna 22 mcg <input type="checkbox"/> siringa 22 mcg <input type="checkbox"/> cartuccia 22 mcg
	<input type="checkbox"/> penna 44 mcg <input type="checkbox"/> siringa 44 mcg <input type="checkbox"/> cartuccia 44 mcg
<input type="checkbox"/> Avonex®	<input type="checkbox"/> penna 30mcg <input type="checkbox"/> siringa 30 mcg
Interferon beta 1b: <input type="checkbox"/> Extavia® / Betaferon®    flaconcino 250 mcg + siringa preriempita con solvente	
PEGinterferon beta 1a (Plegridy®):	<input type="checkbox"/> penna 63 mcg + penna 94 mcg <input type="checkbox"/> penna 125 mcg
	<input type="checkbox"/> siringa 63 mcg + siringa 94 mcg <input type="checkbox"/> siringa 125 mcg
<input type="checkbox"/> glatiramer acetato (Copaxone®) siringa 20 mg	<input type="checkbox"/> glatiramer acetato (Copaxone®) siringa 40 mg
<input type="checkbox"/> teriflunomide (Aubagio®) compresse 14 mg	
<input type="checkbox"/> dimetilfumarato (Tecfidera®)	<input type="checkbox"/> capsule 120 mg <input type="checkbox"/> capsule 240 mg

Posologia: .....

<input type="checkbox"/> prima prescrizione	<input type="checkbox"/> prosecuzione del trattamento	<input type="checkbox"/> switch da precedente terapia
Se switch, indicare il trattamento/i precedente/i e la sua/loro durata:		
1. trattamento: _____	durata: _____	
2. trattamento: _____	durata: _____	
3. trattamento: _____	durata: _____	
Ragione dello switch: <input type="checkbox"/> tollerabilità <input type="checkbox"/> inefficacia <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____		
Durata prevista del trattamento prescritto* _____		

Data \_\_\_\_\_

timbro e firma del Medico prescrittore