



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**RICHIESTA MOTIVATA E PERSONALIZZATA
PER LA PRESCRIZIONE DI OLUMIANT®**

UNITA' OPERATIVA: _____
MEDICO PRESCRITTORE (nome e cognome): _____
TEL. _____ e-mail: _____

Paziente (nome e cognome) _____ Data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Residente a: _____ prov. _____ in via _____ n. _____
Tel. _____ ASSSL di residenza _____

INDICAZIONI TERAPEUTICHE:

Trattamento dell'artrite reumatoide in fase attiva da moderata a grave nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata, o che sono intolleranti, ad uno o più farmaci anti-reumatici modificanti la malattia.

Olumiant può essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato.

TERAPIA PRECEDENTE

	<u>PRINCIPIO ATTIVO</u>	<u>NOME COMMERCIALE</u>	<u>DURATA DEL TRATTAMENTO</u>
	Metotrexate		
	Adalimumab		
	Certolizumab pegol		
	Golimumab		
	Etanercept		
	Infliximab		
	Abatacept		
	Rituximab		
	Tocilizumab		



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

MOTIVAZIONI

(nel caso la motivazione sia l'insorgenza di una sospetta reazione avversa (ADR) si deve allegare la scheda di segnalazione inviata al Responsabile aziendale di Farmacovigilanza, in base alla Direttiva 2010/84/UE, è da segnalare anche la mancata risposta terapeutica)

Data _____

timbro e firma del Medico prescrittore
