

Cosentyx® (Secukinumabum)

Richiesta di garanzia di assunzione dei costi

Per il trattamento di pazienti adulti con idrosadenite suppurativa attiva da moderata a grave, non per altre indicazioni.

Limitatio (estratto dall'ES): la prescrizione di COSENTYX per l'indicazione idrosadenite suppurativa può essere rilasciata solo da medici specialisti in dermatologia o da ospedali universitari/policlinici dermatologici.

Nella terapia di mantenimento, dopo le 5 dosi settimanali iniziali, viene rimborsato solo l'intervallo di dosaggio mensile.

Nell'indicazione idrosadenite suppurativa, vengono rimborsate solo le confezioni di COSENTYX da 300 mg o da 150 mg 2 pezzi.

In seguito all'approvazione dei costi da parte dell'assicuratore malattie, previa consultazione del medico di fiducia, per il trattamento di pazienti adulti affetti da idrosadenite suppurativa attiva da moderata a grave che hanno risposto in modo inadeguato a una terapia antibiotica sistemica. Il trattamento deve essere interrotto nei pazienti che non mostrano una risposta HiSCR di almeno il 50% dopo 16 settimane. Dopo 52 settimane di terapia ininterrotta, il trattamento richiede una nuova garanzia di assunzione dei costi dall'assicuratore malattie, previa consultazione del medico di fiducia.

Dati personali del/della paziente:

Cognome:

Nome:

Data di nasc.:

Sesso:

 ♀ ♂

Indirizzo:

Complemento d'indirizzo:

NPA:

Località:

Assicurazione malattia:

Nr. assicurato:

Indirizzo dell'assicurazione (VAD o medico di fiducia):

Complemento d'indirizzo:

NPA:

Località:

Dati medici (esclusivamente per il medico di fiducia):

Diagnosi:

Idrosadenite suppurativa (acne inversa) attiva da moderata a grave

Terapie precedenti:

Antibiotici sistemici

Altro

Risposta insufficiente alle terapie precedenti

Sono presenti controindicazioni/incompatibilità

Inizio previsto del trattamento con Cosentyx:

Commenti / trattamento precedente e stato attuale della terapia:

Medico richiedente:

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

Complemento d'indirizzo:

NPA:

Località:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

se in ospedale, nome dell'ospedale:

Clinica o reparto:

Data: