

Cosentyx® (Secukinumabum)

Richiesta di garanzia di assunzione dei costi

Per il trattamento di pazienti adulti e bambini a partire dai 6 anni di età con psoriasi a placche grave, non per altre indicazioni.

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

Trattamento di pazienti adulti e bambini a partire dai 6 anni di età con psoriasi a placche severa in cui la fototerapia o una delle seguenti terapie sistemiche convenzionali (ciclosporina, metotrexato, acitretina) non hanno mostrato successo terapeutico. Il trattamento deve essere interrotto qualora non si osservi alcun successo terapeutico dopo 12 settimane. Dopo la somministrazione delle dosi iniziali alle settimane 0, 1, 2, 3 e 4, sarà rimborsata una dose massima di 300 mg per somministrazione al mese.

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: Il paziente ha una psoriasi a placche grave

Terapie precedenti:

UVB PUVA

o una delle tre terapie sistemiche seguenti:

Ciclosporina Metotrexato Acitretina

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: