

Centro prescrittore: \_\_\_\_\_ Medico prescrittore (cognome e nome) \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Nome e Cognome dell'assistito \_\_\_\_\_  
 Et  \_\_\_\_\_ Sesso M  F  Cod.Fisc. \_\_\_\_\_  
 Indirizzo \_\_\_\_\_ Citt  \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 ASL di residenza \_\_\_\_\_ Nome e Cognome del medico curante \_\_\_\_\_

Farmaco prescritto

*Interferone beta 1-a i.m.*: Avonex  *Interferone beta 1-a s.c.*: Rebif 22µg  Rebif 44µg   
*Interferone beta 1b s.c.*: Betaferon  Extavia  *Glatiramer*: Copaxone  *Fingolimod os*: Gilenya

Posologia: \_\_\_\_\_ Durata della terapia \_\_\_\_\_

Diagnosi: Sclerosi Multipla definita  Formulata in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 dal Centro: \_\_\_\_\_

Decorso clinico:

1. **SM recidivante-remittente**  EDSS:  $\geq 1 - \leq 5,5$

2. **Secondariamente progressiva**  EDSS:  $> 3 - < 6,5$

3. **SM recidivante-remittente ad elevata attivit  in:**  
 - *pazienti con un'elevata attivit  di malattia nonostante la terapia con interferone-beta*

- paziente con almeno 1 recidiva nell'anno precedente mentre era in terapia, e con almeno 9 lesioni iperintense in T2 alla RM cerebrale o almeno 1 lesione captante gadolinio
- paziente che presenta, rispetto all'anno precedente, un tasso di recidive invariato o aumentato o che presenta recidive gravi

- *pazienti con SM recidivante-remittente grave ad evoluzione rapida*

- caratterizzato da due o pi  recidive disabilitanti in un anno, e con 1 o pi  lesioni captanti gadolinio alla RM cerebrale
- con un aumento significativo del carico lesionale in T2 rispetto ad una precedente RM recentemente effettuata

Prima prescrizione  Prosecuzione della Cura   
 Cambio terapia

Motivo: effetti collaterali  Perdita di efficacia  Entrata in progressione

1. SM recidivante-remittente diagnosticata secondo i criteri di Polman (Polman, 2005) con EDSS tra 1 e 5,5 (Avonex, Rebif 22 e 44 mcg, Betaferon, Extavia e Copaxone)  
 2. SM secondariamente progressiva con EDSS tra 3 e 6,5 e almeno 2 ricadute o un punto di incremento all'EDSS nei due anni precedenti (Betaferon, Extavia)  
 3. Secondo i criteri di eleggibilit  definiti sul sito AIFA sezione <http://aifa-neuro.agenziafarmaco.it> (Gilenya)

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Timbro e firma del clinico prescrittore <sup>(2)</sup>

\_\_\_\_\_

(1) Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.

(2) I dati identificativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.