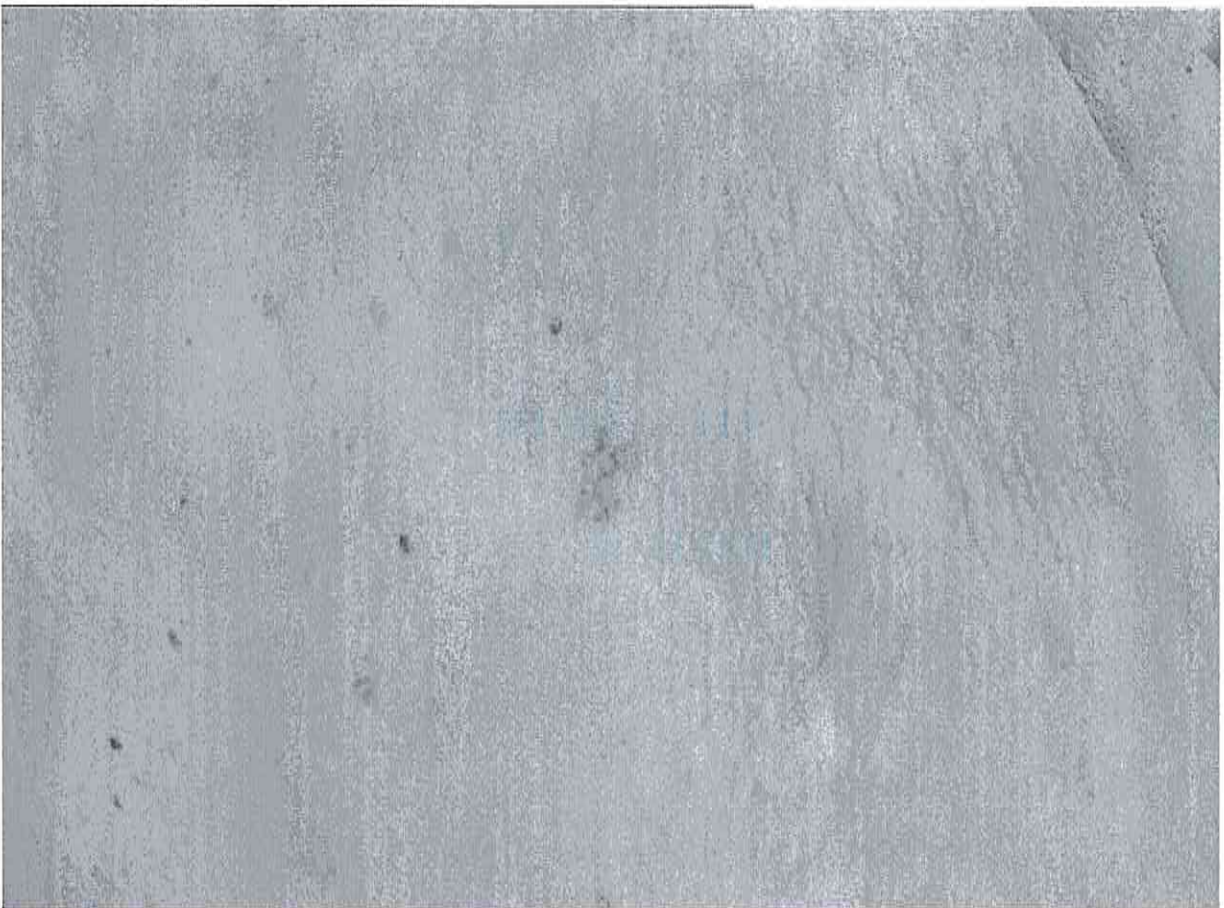


PROVA PRATICA N. 1

ALLEGATO 1 (1/13)

Uomo di 58 anni

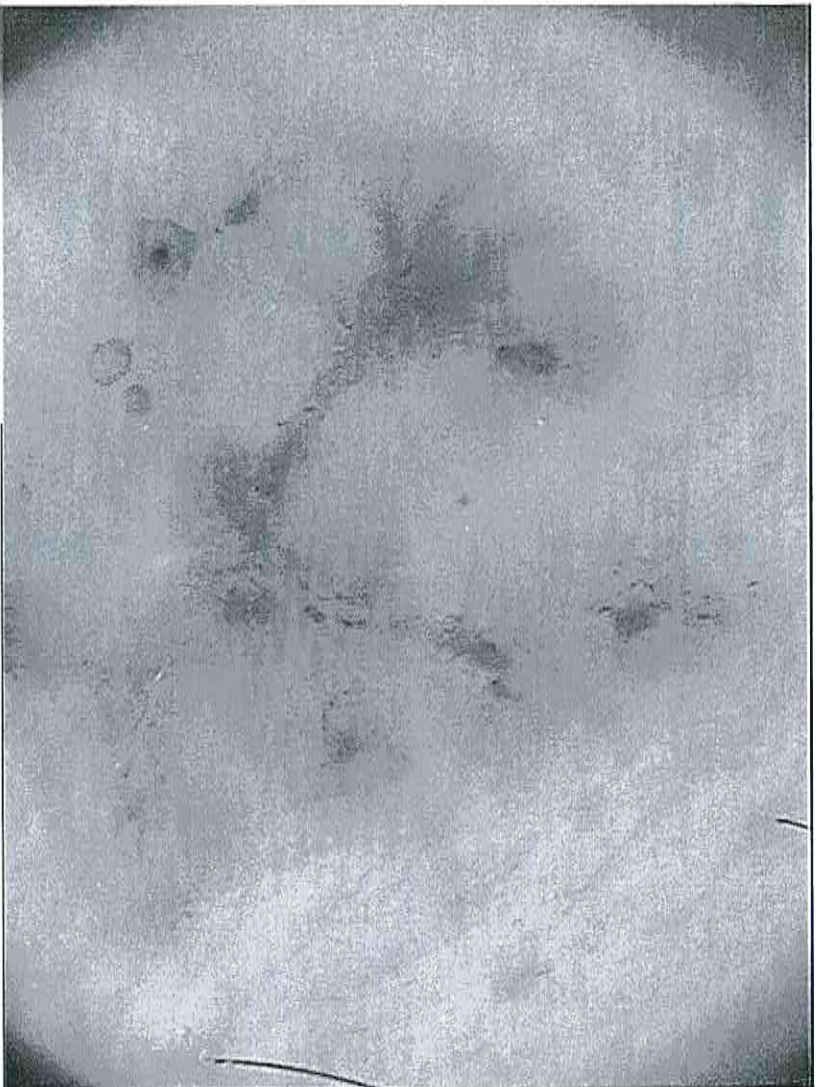
Chiazza pigmentata del fianco sinistro presente da almeno 4 anni, a lenta crescita



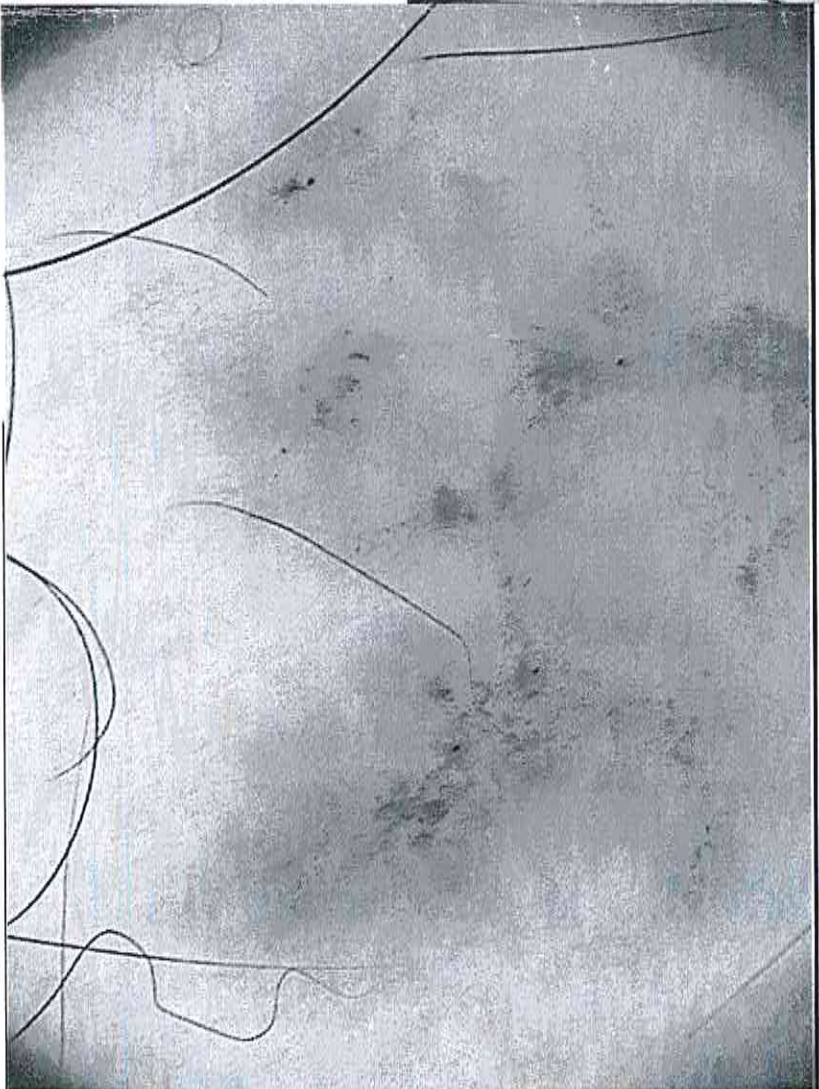
PROVA PRÁTICA Nº 1 Allegato 1 (2/3)



PROVA PRATICA N.4

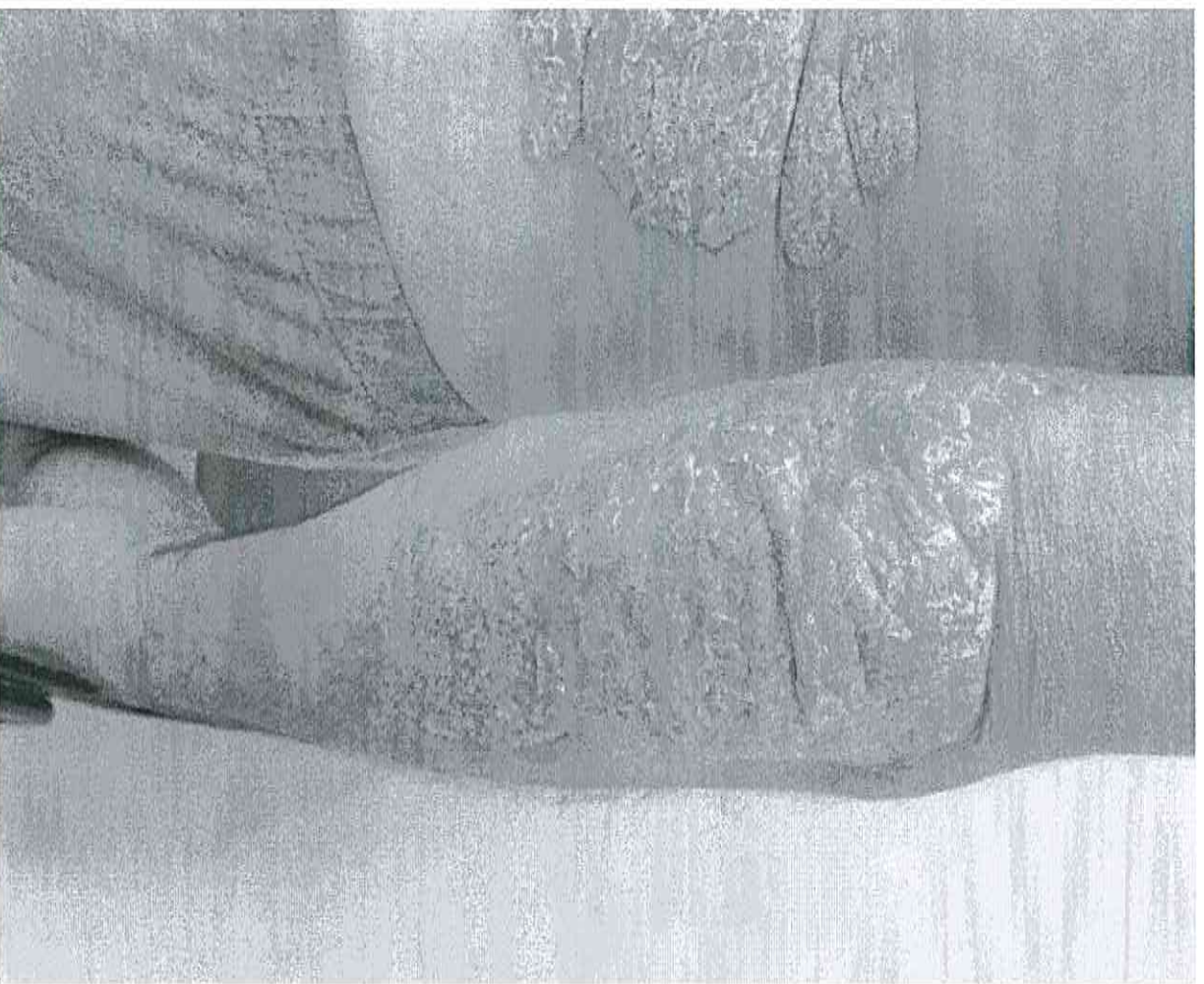


ALLEGATO 1 (3/3)



PROVA PRATICA N. 2

Allegato n. 2 (4/2)



P. R., nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 1963  
XXXXHHHD21A944Z

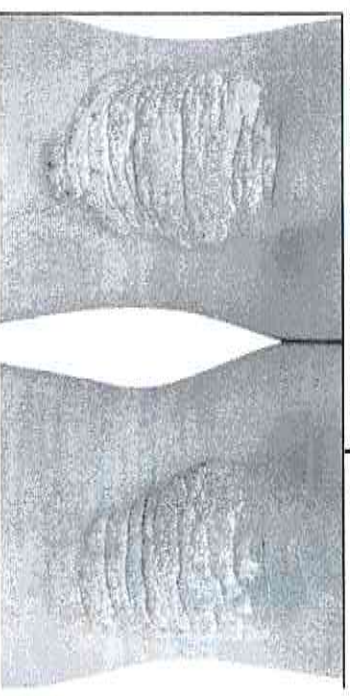
Vive a \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_

Inviato dalla dott.ssa R. S., MMG, per una  
recrudescenza di psoriasi

Assume acido acetilsalicilico, statina, calcio  
antagonista, sartano, furosemide

Progressi fallimenti con methotrexate e  
PUVA

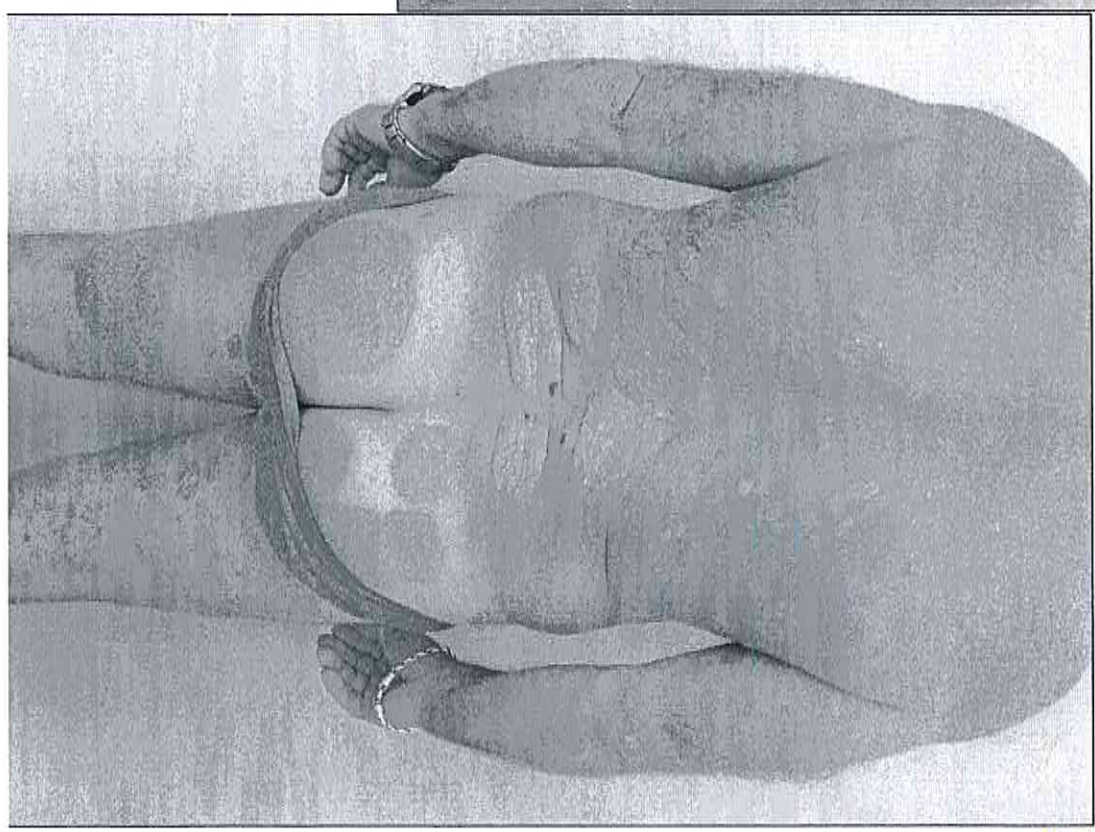
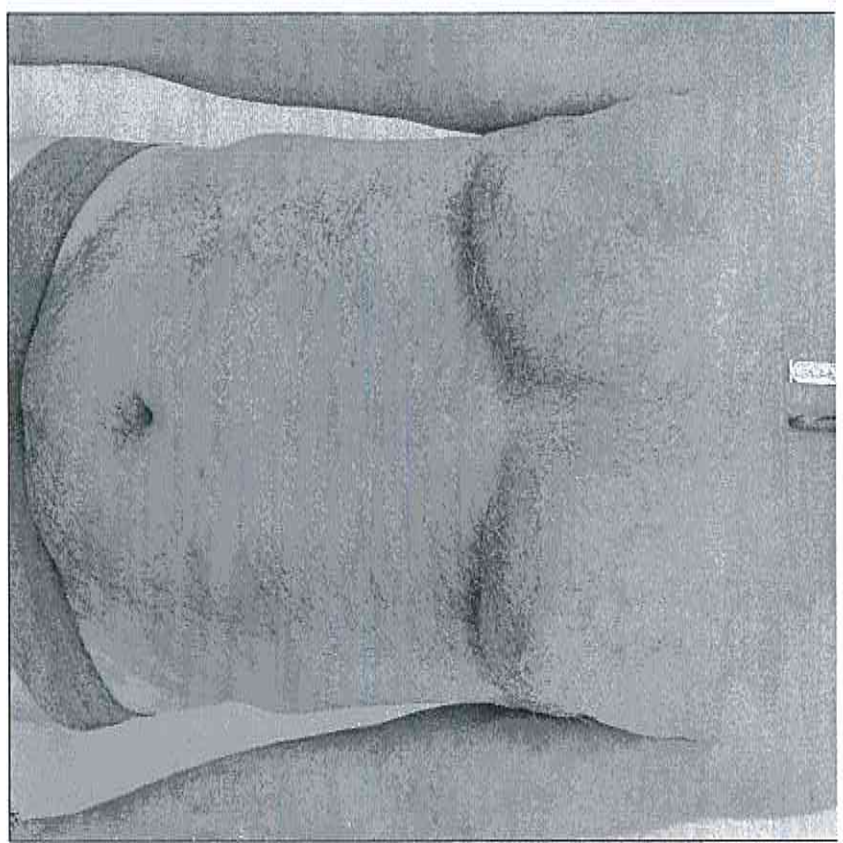
Storia personale di scompenso cardiaco di  
grado III secondo NYHA e familiarità per  
morbo di Crohn  
(sorella)



PROVA

PRATICA N.2

Allegato n.2 (2/2)



Il paziente si presenta a controllo con  
PASI 18; BSA 16, DLQI > 10

Peso 92 kg, altezza 180 cm.

*Allegato A  
1/2*

ALLEGATO I

### SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER LA PSORIASI A PLACCHE

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (cognome, nome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sesto M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____	Etereo <input type="checkbox"/>
Codice fiscale <input type="text"/>	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

**Indicazione rimborsata SSN**

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN deve essere limitato a pazienti con psoriasi a placche di grado da moderato a severo (definita come: Psoriasis Area Severity Index-PASI >10 o Body Surface Area-BSA >10% oppure BSA <10% o PASI <10 associato a lesioni al viso o palmari/plantari, ungueali o genitali) in caso di mancata risposta o intolleranza (fallimento terapeutico) ad un DMARD sintetico convenzionale.

Le forme di psoriasi differenti dalla psoriasi a placche, in particolare, psoriasi guttata, pustolosa localizzata (inclusa l'acrodermatite continua di Hallopeau) e pustolosa generalizzata, quando non associate a psoriasi a placche, NON hanno indicazione approvata per l'utilizzo dei farmaci biologici.

Per le indicazioni pediatriche dei farmaci biologici fare riferimento ai rispettivi RCP.

<p><b>Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)</b></p> <p>Il/la Paziente:</p> <p><b>1. Presenta:</b></p> <p><input type="checkbox"/> PASI &gt;10 e BSA &gt;10%</p> <p>oppure</p> <p><input type="checkbox"/> PASI &lt;10 e BSA &lt;10% associati a lesioni:</p> <p><input type="checkbox"/> al viso <input type="checkbox"/> palmo/plantare <input type="checkbox"/> ungueale <input type="checkbox"/> genitale</p> <p><b>2. Ha fallito un trattamento precedente con un DMARD sintetico convenzionale:</b></p> <p>Farmaco (specificare): _____</p> <p>_____</p>
---



**Prescrizione**

Farmaco prescritto (principio attivo)	dose (mg)	frequenza (settimane)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
Adalimumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brodalumab*			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certolizumab pegol			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etanercept			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Guselkumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infliximab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ixekizumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risankizumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secukinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tildrakizumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ustekinumab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si rimanda ai singoli RCP per ulteriori informazioni circa l'uso corretto dei medicinali

\*Prima della prescrizione di brodalumab è necessario valutare attentamente dal punto di vista clinico ed anamnestico, prevedendo se del caso anche una visita psichiatrica, l'eventuale condizione di depressione e/o ideazione o comportamento suicidari. Il prescrittore dovrà valutare i potenziali benefici del trattamento con brodalumab a fronte dei rischi nei pazienti con storia di depressione e/o ideazione suicidaria.

I pazienti e i familiari devono essere informati della necessità di prestare attenzione all'insorgenza o al peggioramento di depressione, ideazione suicidaria, ansia o altri cambiamenti dell'umore e di contattare il personale sanitario in caso di tali eventi.

Durante il trattamento il paziente deve essere periodicamente monitorato; in presenza di nuovi sintomi o peggioramento dei sintomi di depressione e/o ideazione o comportamento suicidari, si raccomanda di interrompere il trattamento con brodalumab.

Durata prevista del trattamento (mesi) \_\_\_\_\_

NOTA BENE: La validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i 12 mesi dalla data di compilazione.

Per i pazienti già in trattamento, la scheda di prescrizione cartacea dovrà essere redatta all'atto della prima visita specialistica utile.

Data \_\_\_\_\_

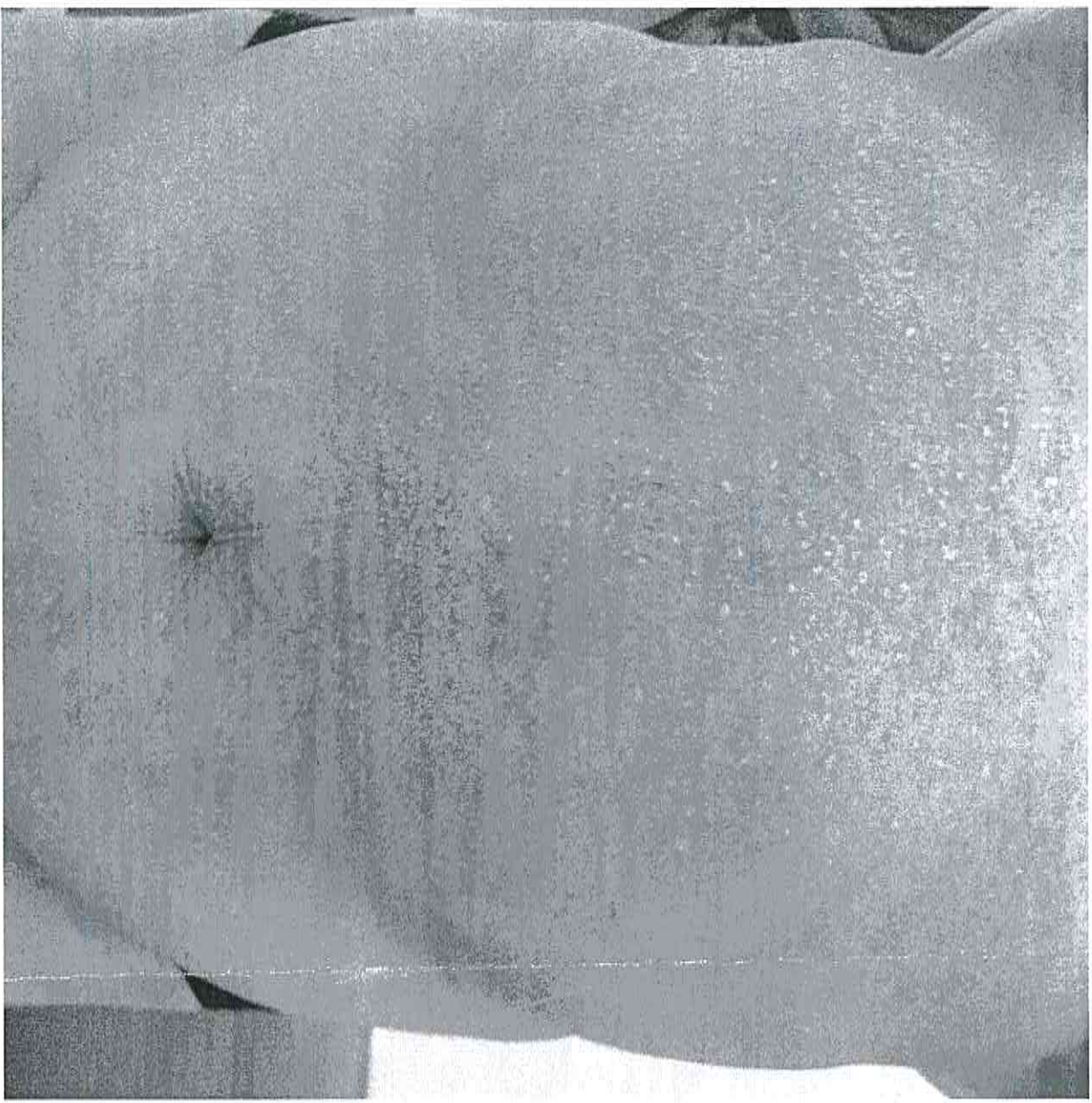
Timbro e Firma del Medico

\_\_\_\_\_



PROVA PATRICA N.3

Allegato n.3 1/1



Paziente di 67 anni

Obeso

Iperteso, in terapia da anni con ACE inibitore associato a diuretico tiazidico, statina, acido acetilsalicilico, vitamina D

Eritema e fine desquamazione coinvolgente più del 90% della superficie corporea

