

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE REGIONALE DEL FARMACO
ANZUPGO® - DELGOCITINIB***Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei Centri regionali autorizzati*

CENTRO PRESCRITTORE	
Denominazione del Centro Prescrittore	
MEDICO PRESCRITTORE	
Nome e Cognome	
Telefono (Ambulatorio e Cellulare)	
E-mail	

DATI DEL PAZIENTE	
Nome e Cognome	
Data di Nascita:	
Sesso ☐ M ☐ F	Peso (Kg)
C.F.:	
ASL di residenza (Provincia):	Regione:
Medico di Medicina Generale	

Indicazione autorizzata e rimborsata: indicato per il trattamento dell'eczema cronico delle mani (*chronic hand eczema, CHE*) da moderato a severo negli adulti per i quali i corticosteroidi topici sono inadeguati o inappropriati

Condizioni cliniche da soddisfare*Tutti i campi previsti sono a compilazione obbligatoria.*

Età $\geq$ 18 anni	☐ SI	☐ NO (non eleggibile)
Diagnosi di eczema cronico* delle mani (CHE) * <i>persiste per oltre 3 mesi o recidiva due o più volte negli ultimi 12 mesi</i>	☐ SI	☐ NO (non eleggibile)
Punteggio IGA-CHE (<i>Investigator's Global Assessment for chronic hand eczema</i>)	☐ Punteggio IGA-CHE < 3 (non eleggibile) ☐ Punteggio IGA-CHE = 3 ☐ Punteggio IGA-CHE = 4 [^]	
Precedente trattamento con corticosteroidi topici	☐ SI	☐ NO (non eleggibile) ☐ NO, controindicati

Esecuzione di Patch Test <i>In accordo con le linee guida internazionali, laddove clinicamente indicato, si raccomanda il completamento dell'iter diagnostico dell'eczema cronico delle mani, comprensivo dell'esecuzione del patch test per l'identificazione di un'eventuale dermatite allergica da contatto.</i> <i>Qualora venga identificato un allergene rilevante, è opportuno adottare, ove possibile, misure di evitamento dell'esposizione, in quanto tali interventi possono determinare un miglioramento del quadro clinico e devono essere presi in considerazione prima del ricorso a strategie terapeutiche successive ai corticosteroidi topici.</i>		☐ SI	☐ NO
Se sì: ☐ Positivo ☐ Negativo			
Se no, specificare le motivazioni: ☐ Non clinicamente indicato ☐ Difficoltà di accesso al test tempestivamente ☐ Mancata possibilità di eseguire il test presso il Centro ☐ Altro: <i>specificare</i>			
^ Se punteggio IGA-CHE = 4 (severo): - Precedente trattamento con alitretinoina? ☐ SI ☐ NO - Se no, è stato valutato il trattamento con alitretinoina? ☐ SI ☐ NO			

La prescrizione deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP)

Prescrizione

Farmaco prescritto: ☐ Delgocitinib		
☐ Prima prescrizione°		☐ Prosecuzione della cura
°Follow-up dopo 12 settimane. In caso di mancanza di miglioramenti dopo 12 settimane di trattamento continuativo, il trattamento dev'essere interrotto (vd. RCP)		
20 mg/g - crema per uso cutaneo Tubo 60 g	Posologia*: La dose raccomandata consiste in applicare uno strato sottile di crema sulla pelle interessata delle mani e dei polsi due volte al giorno finché la pelle non sia libera o quasi libera da lesioni. Applicazione a intervalli regolari, a una distanza di circa 12 ore tra un'applicazione e l'altra.	Durata

* Per la posologia e le avvertenze e precauzioni d'uso da adottare è necessario fare riferimento all'RCP del farmaco.

Piano terapeutico valido fino al _____

La validità della scheda di prescrizione è di massimo di 12 settimane per la prima prescrizione, e massimo 6 mesi per i successivi rinnovi.

Data, _____

Medico Prescrittore
 (Timbro e Firma)

Firma RUSCITTI GIANCARLO
 Data 24-08-2026