

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:

Al paziente è stata diagnosticata artrite reumatoide in fase attiva e presenta tutte le seguenti condizioni:

- **Solo per pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA**

ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD

specificare i farmaci assunti

ha fallito* il trattamento con precedente con uno o più TNFi.

specificare i farmaci assunti

*Specificare la causa di fallimento:

inefficacia primaria

inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

comparsa di eventi avversi _____

specificare

altro _____

Specificare

- **Solo per pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA**

ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD

specificare i farmaci assunti

ha fallito* i precedenti trattamenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e anti-interleuchine.

specificare i farmaci assunti

*Specificare la causa di fallimento:

inefficacia primaria

inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

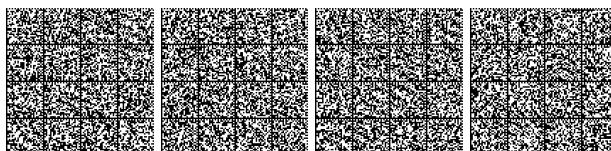
comparsa di eventi avversi _____

specificare

altro _____

Specificare

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



Prescrizione

Farmaco prescritto <i>(specificare il farmaco prescritto)</i>	Prima prescrizione [^]	Prosecuzione della cura [^]
<input type="checkbox"/> Baricitinib		
<input type="checkbox"/> Filgotinib		
<input type="checkbox"/> Tofacitinib		
<input type="checkbox"/> Upadacitinib		
<hr/> <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>		

[^] riferito al farmaco prescritto

N.B. Si raccomanda di informare il paziente dei rischi associati al trattamento con questi medicinali. Qualora disponibile può essere raccomandata una dose più bassa, a seconda del medicinale e del fattore di rischio specifico. Per le avvertenze e precauzioni d'uso da adottare è necessario fare riferimento agli RCP dei singoli farmaci (sezione 4.4).

La validità della scheda di prescrizione è di mesi (validità massima 12 mesi)

Data _____

Timbro e firma del medico prescrittore

23A01345

