

**SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER
LA SPONDILOARTRITE ASSIALE NON RADIOGRAFICA**

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

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

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN può essere prescritto solo da medici specialisti in reumatologia e medicina interna ed è limitato a pazienti con spondiloartrite assiale non radiografica (SA_{no}ER) grave in caso di fallimento di linee terapeutiche precedenti. In particolare:

- Per gli antagonisti del TNF α dopo almeno 2 cicli di FANS/COXIB somministrati per un periodo di almeno 4 settimane al dosaggio massimo tollerato.

- Per gli inibitori delle interleuchine dopo almeno 2 cicli di FANS/COXIB e dopo trattamento con almeno un inibitore del TNF α o in presenza di controindicazione o intolleranza a tale trattamento.

La SA_{no}ER grave viene definita dai seguenti criteri: malattia attiva da almeno 4 settimane + score BASDAI > 4 associato ad almeno uno fra i seguenti criteri: positività alla risonanza magnetica per lesioni infiammatorie alle sacroiliache e/o colonna oppure PCR elevata (non attribuibile ad altre cause sulla base del giudizio clinico dell'esperto).

Compilare solo in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente deve soddisfare le condizioni 1 e 2 per antagonisti del TNF α , e 1, 2 e 3 per gli inibitori delle interleuchine:

1. presenta malattia attiva da almeno 4 settimane +
 BASDAI > 4



associati ad almeno 1 fra i seguenti criteri:

- positività alla risonanza magnetica per lesioni infiammatorie alle sacroiliache e/o colonna;
- PCR elevata non attribuibile ad altre cause sulla base del giudizio clinico dell'esperto;

2. ha fallito ad almeno 2 cicli di FANS/COXIB somministrati per un periodo di almeno 4 settimane al dosaggio massimo tollerato*

- specificare i farmaci assunti

*oppure fallimento ad un ciclo di DMARD sintetico convenzionale in caso di forma assiale responsiva a FANS/COXIB e concomitante interessamento periferico.

3. non ha risposto ad almeno un inibitore del TNF α o presenta controindicazione o intolleranza a tale trattamento

- specificare farmaco inibitore TNF α assunto

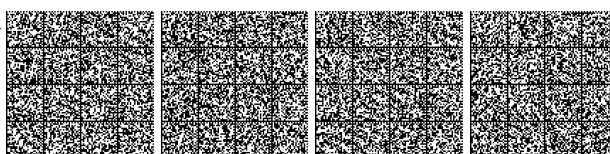
- controindicazione

- intolleranza

Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive

(la prescrizione non è valida se la compilazione non è completa)

Farmaco prescritto (specificare il farmaco prescritto)	Prima prescrizione [^]	Prosecuzione della cura [^]	switch da altro biologico [^]
Adalimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Certolizumab	<input type="checkbox"/> Induzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



_____	<input type="checkbox"/> mantenimento		
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Etanercept _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Golimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Secukinumab _____	<input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> mantenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			

^ riferito al farmaco prescritto

In caso di switch specificare le motivazioni:

- inefficacia primaria
- inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
- comparsa di eventi avversi _____
specificare
- altro _____
specificare

Durata prevista del trattamento (mesi al controllo successivo) _____

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **6 mesi** dalla data di compilazione)

Data _____

Timbro e Firma del Medico

