

### 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 _____	sex 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 e deve essere limitato a pazienti con spondiloartrite assiale non radiografica (SA<sub>no</sub>ER) grave in caso di fallimento terapeutico di almeno 2 cicli di FANS/COXIB somministrati per un periodo di almeno 4 settimane al dosaggio massimo tollerato.

La SA<sub>no</sub>ER grave viene definita dai seguenti criteri: malattia attiva da almeno 4 settimane + score BASDAI  $\geq 4$  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)

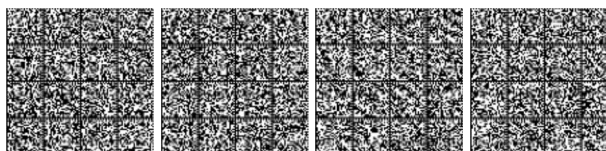
Il/la Paziente deve soddisfare le condizioni 1 e 2:

1. presenta  malattia attiva da almeno 4 settimane +  BASDAI  $\geq 4$   
 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.*



**Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive**

<b>Farmaco prescritto</b> <i>(specificare il tipo di device)</i>	Prima prescrizione <sup>^</sup>	Prosecuzione della cura <sup>^</sup>	switch da altro biologico <sup>^</sup>
Adalimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			
<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Certolizumab _____	<input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> Mantenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			
<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Etanercept _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			
<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Golimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			
<i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			

<sup>^</sup> 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

\_\_\_\_\_

18A01468

