



SCHEDA CARTACEA PER LA PRESCRIZIONE DI KINERET (ANAKINRA) NELLA FEBBRE MEDITERRANEA FAMILIARE (FMF)

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri o di specialisti - reumatologo, internista, pediatra e immunologo operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>
Data nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text"/>
Peso(Kg)	<input type="text"/>	H(cm)	<input type="text"/>

Indicazione rimborsata dal SSN:

Febbre mediterranea familiare (FMF)

Kineret è indicato per il trattamento della febbre mediterranea familiare (FMF). Se appropriato, Kineret deve essere somministrato in associazione con colchicina.

La prescrizione di Kineret® a carico del SSN è consentita (anche in associazione con colchicina, se appropriato) per il trattamento della febbre mediterranea familiare limitatamente ai pazienti che non abbiano risposto alla colchicina. Inoltre, in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

☒ ≥ 8 mesi con un peso corporeo ≥ 10 kg

☒ diagnosi accertata di FMF

☒ assenza di neutropenia CAN>1,5 x 10⁹/L

☒ assenza di infezioni gravi in fase attiva

☒ fallimento del trattamento con la colchicina specificando tra le seguenti opzioni:

☐ mancata/inadeguata risposta

☒ sospensione per intolleranza/eventi avversi

Kineret è somministrato per iniezione sottocutanea. Kineret è fornito pronto all’uso in siringhe reriempite graduate.

Prescrizione:

La dose raccomandata per i pazienti con peso corporeo pari o superiore a 50 kg è di 100 mg/giorno tramite iniezione sottocutanea. I pazienti che pesano meno di 50 kg devono ricevere una dose calcolata in base al peso corporeo, con una dose raccomandata di 1-2 mg/kg/giorno. I bambini che pesano meno di 50 kg ricevono una dose in base al peso corporeo con una dose raccomandata di 1-2 mg/kg/giorno, mentre i pazienti che pesano 50 kg o più ricevono 100 mg/giorno. Nei bambini con risposta inadeguata, la dose può essere aumentata fino a 4 mg/kg/giorno.

Dose raccomandata

☐ 100 mg/giorno per i pazienti con peso corporeo ≥ 50 kg
☐ 1-2 mg/kg/giorno per i pazienti con peso corporeo < 50 kg
(aumentata fino a 4 mg/kg/giorno nei bambini con risposta inadeguata)

Dose raccomandata pari a

mg/giorno

- ☒ Prima prescrizione
- ☐ Prosecuzione di terapia *
- * La scheda di prescrizione potrà essere rinnovata a giudizio del medico specialista prescrittore

Durata prevista del trattamento (mesi)

1

Data Termine

17/12/2021

La prescrizione ed il monitoraggio di sicurezza devono essere effettuati in accordo con il relativo Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

La validità massima della scheda di prescrizione è di dodici mesi

Data Emissione

17/11/2021

Timbro e Firma del Medico

(Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l’assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda)