



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

Id. Piano 750067033

SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DI UPADACITINIB(Rinvoq):
NEL TRATTAMENTO DELL'ARTRITE PSORIASICA

Da compilarsi al fini della rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri o specialisti reumatologo, dermatologo, internista.

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

Paziente			
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Codice fiscale		Peso(Kg)	
ASL Residenza		Tel.	
Medico di Medicina Generale		recapito Tel.	

Indicazione autorizzata:
RINVOQ è indicato nel trattamento dell'artrite psoriasica attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti ad uno o più DMARD. RINVOQ può essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato.

Indicazione rimborsata SSN:
RINVOQ è indicato nel trattamento dell'artrite psoriasica attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti ad uno o più DMARD **e che hanno fallito* il trattamento con almeno due farmaci biologici.** RINVOQ può essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato.
*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi awersi o di fattori che controindicano il trattamento.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:
Al paziente è stata diagnosticata artrite psoriasica attiva-e-presenta tutte le seguenti condizioni:

1. ☒ ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARD sintetici convenzionali

specificare i farmaci assunti

ASDAS

2. ☒ ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con un farmaco biologico

specificare i farmaci assunti

ASDASD

*:Specificare le cause di fallimento:

☒ inefficacia primaria

☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

☐ comparsa di eventi avversi

☐ altro

La prescrizione di *upadacitinib* deve essere effettuata in accordo con Il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	Prosecuzione terapia: <input type="checkbox"/> con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche		
Farmaco Prescritto *	<div></div>		
Dosaggio	<div></div>		
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <div></div>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <div>12</div>	Data Termine <div>03/08/2023</div>

La dose raccomandata di upadacitinib è di 15 mg una volta al giorno.
La validità della scheda di prescrizione è al massimo 12 mesi dalla data di compilazione.

Data