



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

Id. Piano 750069786

SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DI UPADACITINIB(Rinvoq):
NEL TRATTAMENTO DELLA SPONDILITE ANCHILOSANTE

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

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

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

Indicazione autorizzata:
RINVOQ è indicato nel trattamento della spondilite anchilosante attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale.

Indicazione rimborsata SSN:
RINVOQ è rimborsato nel trattamento della spondilite anchilosante attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata alla terapia convenzionale **e che hanno fallito* il trattamento con almeno due farmaci biologici.**
*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi 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 spondilite anchilosante attiva e presenta tutte le seguenti condizioni:

1.

☒ ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARD sintetici convenzionali
specificare i farmaci assunti
KJHJ

2.

☒ ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con un farmaco biologico
specificare i farmaci assunti
ASD

*: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>2</div>	Data Termine <div></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

03/10/2022