



SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEL FARMACO KINERET (ANANKINRA):  
MALATTIA DI STILL

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

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

Il trattamento a carico del SSN può essere prescritto solo da medici specialisti - reumatologo, internista, pediatra ed immunologo.

Indicazione terapeutica autorizzata nella malattia di Still:

Kineret è indicato negli adulti, negli adolescenti, nei bambini e nei lattanti di età 8 mesi o superiore con un pe trattamento della malattia di Still, comprendente l’artrite idiopatica giovanile sistemica (Systemic Juvenile Idi Still dell’adulto (Adult-Onset Still’s Disease, AOSD), con caratteristiche sistemiche attive e attività di malattia con attività di malattia persistente dopo trattamento con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) o gluco Kineret può essere somministrato in monoterapia o in associazione con altri farmaci antinfiammatori e farmaci antireumatici modificanti la malattia (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARD).

Indicazione rimborsata dal SSN:

La rimborsabilità di Kineret nella Malattia di Still è limitata al trattamento di: pazienti adulti, adolescenti, bambini e lattanti di età 8 mesi o superiore con un peso corporeo di 10 kg o superiore per il trattamento della malattia di Still, comprendente l’artrite idiopatica giovanile sistemica (Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis, SJIA) e la malattia di Still dell’adulto (Adult-Onset Still’s Disease, AOSD), con attività di malattia persistente dopo trattamento con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e glucocorticoidi utilizzati a dosi adeguate per un congruo periodo di tempo. Kineret può essere somministrato in monoterapia o in associazione con altri farmaci antinfiammatori e farmaci antireumatici modificanti la malattia (disease-modifying antirheumatic drugs,DMARD).

Compilare solo in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza):

Il/la Paziente deve soddisfare le seguenti condizioni:

1. Paziente adulto, adolescente, bambino o lattante di età 8 mesi o superiore con un peso corporeo di 10 kg o superiore, con attività di malattia persistente dopo trattamento con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e glucocorticoidi:

☐ FANS (specificare):

☐ Glucocorticoide (specificare):

Anakinra può essere somministrato in monoterapia o in associazione con altri farmaci antinfiammatori e farmaci antireumatici modificanti la malattia

☐ Farmaco (specificare):

☐ Farmaco (specificare):

Prescrizione	dose (mg)	frequenza (quotidiana)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
anakinra	<div></div>	<div></div>	<div><input checked="" type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>

La dose raccomandata per i pazienti con peso corporeo pari o superiore a 50kg è di 100 mg/die tramite iniezione sottocutanea. I pazienti che pesano meno di 50kg devono ricevere una dose calcolata in base al peso corporeo, iniziando con una dose di 1-2 mg/kg/die.

La risposta al trattamento deve essere valutata dopo 1 mese: in caso di manifestazioni sistemiche persistenti, la dose può essere modificata nei bambini, oppure la prosecuzione del trattamento con Kineret deve essere rivalutata dal medico curante.

Popolazione pediatrica (< 18 anni) aggiustamenti della dose: I bambini che pesano meno di 50kg ricevono una dose calcolata in base al peso corporeo, iniziando con una dose di 1-2 mg/kg/die, mentre i pazienti che pesano 50kg o più ricevono 100 mg/die.

Nei bambini con risposta inadeguata, la dose può essere aumentata fino a 4 mg/kg/die.

Popolazione anziana ≥ 65 anni aggiustamenti della dose: non si prevede la necessità di aggiustamenti della dose.

Il trattamento concomitante di Kineret ed etanercept o qualsiasi altro antagonista del TNF-α non è raccomandato

La prescrizione va effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

Durata prevista del trattamento (mesi)

12

Data Termine

15/06/2021

La validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i 6 mesi dalla data di compilazione.

Data Emissione

15/06/2020

Timbro e Firma del Medico