



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

**SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEI FARMACI BIOLOGICI PER
LA SPONDILOARTRITE ASSIALE NON RADIOGRAFICA**

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Telefono	<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"/>	
MMG	<input type="text"/>	Peso(Kg)	<input type="text"/>	H(cm) <input type="text"/>

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 (SAnoER) 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 SAnoER grave viene definita dai seguenti criteri: malattia attiva da almeno 4 settimane + score BASDAI > 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 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>=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*

Farmaco(specificare)

**oppure fallimento ad un ciclo di DMARD sintetico convenzionale in caso di forma assiale responsiva a FANS/COXIB e concomitante interessamento periferico.*

Farmaco Prescritto	ADALIMUMAB		
<input type="text"/>	Dosaggio	<input type="text"/>	
Frequenza Settimanale	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Induzione	<input type="checkbox"/> Mantenimento
In caso di switch specificare le motivazioni:			
<input type="radio"/> Inefficacia primaria			
<input type="radio"/> Inefficacia secondaria (perdita di efficacia)			
<input type="radio"/> Comparsa di eventi avversi <input type="text"/>			
<input type="radio"/> Altro <input type="text"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura <input type="checkbox"/> Switch da altro biologico			
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	<input type="text" value="1"/>
		Data Termine	<input type="text" value="03/05/2018"/>
(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i 6 mesi dalla data di compilazione).			
Data Emissione	<input type="text" value="03/04/2018"/>		