

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

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (cognome, nome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____
Data di nascita _____ sesso M F peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____ Estero
Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

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 (SA_{no}ER) 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 SA_{no}ER 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 solo 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*

specificare i farmaci assunti

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

Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive

Farmaco prescritto <i>(specificare il tipo di device)</i>	Prima prescrizione [^]	Prosecuzione della cura [^]	switch da altro biologico [^]
Adalimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Certolizumab _____	<input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> Mantenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Etanercept _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			
Golimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____ <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>			

[^] riferito al farmaco prescritto

In caso di switch specificare le motivazioni:

- inefficacia primaria
- inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
- comparsa di eventi avversi _____

specificare

altro _____

specificare

Durata prevista del trattamento (mesi al controllo successivo)

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **6 mesi** dalla data di compilazione)

Data _____

Timbro e Firma del Medico
