

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	Proseguimento della cura
anakinra			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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) _____

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

Data _____

Timbro e Firma del Medico
