

SCHEDA DI PRESCRIZIONE DELLA TERAPIA**PRESCRIZIONE FARMACI "BIOLOGICI"****REGIONE CALABRIA***Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti*

Cognome: Nome:

Codice Fiscale Sesso: M F Luogo di nascita _____ EsteroData di nascita (gg/mm/anno) ASP di residenza _____

Regione di residenza _____

PRIMA SCHEDA DI PRESCRIZIONECognome: Nome: Data di valutazione (gg/mm/anno) **PATOLOGIA REUMATICA PRIMARIA:** **Artrite Reumatoide (AR)** Artrite Reumatoide siero-positiva Artrite Reumatoide siero-negativa **Artrite Giovanile Poliarticolare Idiopatica** **Artrite Psoriasica (AP)** **Spondilite Anchilosante (SA)**Anno esordio malattia: Scheda no. Peso Kg Altezza (cm) Precedenti terapie:MTX: O si O no Dose MTX (mg/settimana): os im o sc per mesi

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione §:

 Intolleranza Altro (specificare): _____Leflunomide: O si O no per mesi: Altri DMARDs: O si O no

Se sì:

 Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro _____Dose media giornaliera complessiva di cortisonico (mg PN equivalente) Precedente terapia con biologico O si O no Se sì, da: (data):mm/anno

(INDICARE CON QUALE FARMACO NELLA TABELLA SOTTOSTANTE)

	FARMACO		FARMACO
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia [®])	<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi [®])
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira [®])	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade [®])
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret [®])	<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera [®])
<input type="checkbox"/>	Certolizumab pegol (Cimzia [®])	<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra [®])
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel [®])	<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara [®])

In terapia con FANS o COXIB continuativamente nell'ultimo mese? O si O no

Numero articolazioni tumefatte: (Conta a 28 articolazioni)Numero articolazioni dolenti: (Conta a 28 articolazioni)

Altre Sedi interessate:

- Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee Temporo-mandibolari Entesi
Interfalangee distali delle mani Altro (specificare): _____

Erosioni: O si O no

Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi: O si O no O non valutata

Manifestazioni extra-articolari O si O no Scala Analogica (0-100) giudizio paziente

Proteina C-Reattiva (mg/dL): CRP- DAS28 : Questionario HAQ (facoltativo)

ASDAS-CRP: (spondilite anchilosante / artrite psoriasica)

REQUISITI PER PRESCRIZIONE BIOLOGICI§

A. Artrite Reumatoide o Artrite Siero-negativa (psoriasica o S. anchilosante) periferica
DAS 28 > 5.1 in terapia con MTX (dose massima tollerata sino a 20 mg/settimana) o Leflunomide o Sulfasalazina e terapia cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente
oppure
DAS 28 ≥ 3.2 in pazienti ad elevato rischio erosivo o in dipendenza cortisonica ≥ 5 mg/die PN equivalente

Si No Giustificare*:

B. Spondiloartriti
ASDAS-CRP > 2.1 dopo tentativo terapeutico con almeno 2 FANS (o Coxib) per più di 1 mese

Si No Giustificare*:

§ = Richiesto in caso di prima prescrizione di biologico

* Ad esempio poiché il DAS 28 non include alcune delle articolazioni maggiormente colpite dall'artrite psoriasica come le articolazioni interfalangee distali e le localizzazioni entesitiche, l'inizio della terapia potrà avvenire anche con valori inferiori ai parametri sopra indicati.

Il farmaco biologico sarà associato a Metotrexato? si no

PRESCRIZIONE: Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti per max 2 mesi di terapia
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg	_____
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg	_____
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg s.c ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg	_____
<input type="checkbox"/>	Certolizumabpegol (Cimzia®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg ogni <input type="checkbox"/> mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg infusione ogni <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gg	_____
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mg s.c infusione ogni <input type="checkbox"/> settimane	_____

Farmacia di riferimento :

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

Timbro e Firma del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

DISPENSAZIONE *Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti*

Farmaco	Prodotti	N. confezioni dispensate per max 2 mesi di terapia	N. mg dispensati
Abatacept (Orencia®)	<input type="checkbox"/> AIC: 037989035 250mg - Polvere per soluzione per infusione Uso infusione endovenosa Flaconcino 250 mg - 3 flaconcini + 3 siringhe		
Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> AIC: 035946084 40 mg-soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 2 penne pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946033 40 mg-soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 2 siringhe pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946096 40 mg-soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 4 penne pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946045 40 mg-soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946019 40 mg - soluzione iniettabile Uso sottocutaneo 2 flaconcini 0,8 ml 40 mg + 2 siringhe + 4 tamponi		
Anakinra (Kineret®)	<input type="checkbox"/> AIC: 035607023 100 mg - soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 7 siringhe pre-riempite 100 mg - 0,67 ml		
Certolizumab Pegol (Cimzia®)	<input type="checkbox"/> AIC: 039539010 200 mg - soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 2 siringhe pre-riempite 200 mg-1 ml + 2 salviettine		
Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/> AIC: 034675165 25 mg/ml - polvere e solvente per soluzione iniettabile per uso pediatrico Uso sottocutaneo 4 flaconcini 25 mg - 1 ml + 4 siringhe pre-riempite		
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675191 50 mg - soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 4 penne pre-riempite 50 mg - 1 ml + 8 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675102 25 mg/ml - soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe 25 mg - 0,5 ml + 8 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675140 50 mg/ml - soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe pre-riempite 50 mg - 1 ml + 8 tamponi		
Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> AIC: 039541014 50 mg- soluzione per iniezione in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 1 penna pre-riempita 0,5 ml		
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541038 50 mg- soluzione per iniezione in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 1 siringa pre-riempita 0,5 ml		
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541053 100 mg soluzione per iniezione in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 1 penna pre-riempita 1 ml		
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541077 100 mg soluzione per iniezione in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 1 siringa pre-riempita 1 ml		
Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> AIC: 034528012 100 mg - polvere per concentrato per soluzione infusione Uso infusione endovena 1 flaconcino 100 mg - 2 ml		
Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> AIC: 038936035 45 mg soluzione iniettabile in siringhe preriempite Uso sottocutaneo Ogni siringa preriempita contiene 45 mg di ustekinumab in 0,5 ml.		
	<input type="checkbox"/> AIC: 038936047 90 mg soluzione iniettabile in siringhe preriempite Uso sottocutaneo Ogni siringa preriempita contiene 90 mg di ustekinumab in 1 ml.		

Data di dispensazione _____

Firma del Farmacista _____

SCHEMA DI PRESCRIZIONE (continuazione o fine trattamento *Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti*)

N. **rivalutazione a 6 mesi**

Data di valutazione (gg/mm/anno): .. Cognome:

Nome: C.F.

Peso Kg Altezza (cm) Numero articolazioni tumefatte: (Conta a 28 articolazioni) Numero articolazioni dolenti: (Conta a 28 articolazioni)

Altre Sedi interessate

Tibiotarsiche Tarso, metatarso-falangee, inter-falangee Temporo-mandibolari Entesi
Interfalangee distali delle mani Altro (specificare):

Erosioni: O si O no Progressione radiografica negli ultimi 12 mesi: O si O no O non valutata

Manifestazioni extra-articolari O si O no Scala Analogica (0-100) giudizio paziente

Proteina C-Reattiva (mg/dL): . CRP- DAS28 (AR o Psoriasica periferica) : .

Questionario HAQ . ASDAS-CRP: . (spondilite anchilosante/artrite psoriasica)

Dose MTX in corso (mg/settimana): os im o sc

Se non raggiunta la dose massima (20mg/settimana) motivazione:

Intolleranza Altro (specificare): _____

In terapia con Leflunomide da mesi:

Altri DMARDs: Sulfasalazina Ciclosporina Idrossiclorochina Altro _____

Dose media giornaliera di cortisonico (mg PN equivalente) .

Continuazione della terapia con lo stesso principio attivo ed il medesimo schema posologico? O si O no

Se no:

switch verso altro farmaco biologico switch verso altro schema posologico o incremento del dosaggio

sospensione o riduzione del trattamento (vedi criteri §§) fine terapia con farmaco biologico

Motivazione della variazione/fine terapia con farmaco biologico:

Progressione di malattia/Inefficacia Remissione Trasferimento Perdita al follow up

Morte Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____

Altro (specificare): _____

§§ Artrite Reumatoide o psoriasica periferica: Considerare per sospensione (o dimezzamento dose) biologico se DAS28 \leq 2,6 persistente per 12 mesi. La raccolta dei piani terapeutici semestrali è raccomandata anche in funzione di un eventuale ripristino della terapia con biologico.

Spondiloartriti: Considerare per dimezzamento dose se ASDAS-CRP <1.3

PRESCRIZIONE Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti

	FARMACO	DOSE PRESCRITTA	Mg/pezzi richiesti per max 2 mesi di terapia
<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia®)	□□ mg infusione ogni □□ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira®)	□□ mg ogni □□ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Anakinra (Kineret®)	□□□ mg s.c ogni □□ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Certolizumabpegol (Cimzia®)	□□□ mg ogni □□ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Etanercept (Enbrel®)	□□□ mg ogni □ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Golimumab (Simponi®)	□□ □mg ogni □ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade®)	□□□ mg infusione ogni □□ settimane	_____
<input type="checkbox"/>	Rituximab (Mabthera®)	□□□□ mg infusione ogni □□ mesi	_____
<input type="checkbox"/>	Tocilizumab (Roactemra®)	□□□ mg infusione ogni □□ gg	_____
<input type="checkbox"/>	Ustekinumab (Stelara®)	□□ mg s.c infusione ogni □□ settimane	_____

Farmacia di riferimento :

- Farmacia Ospedaliera dell'Ospedale sede del Centro prescrittore
 Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico della ASP di domicilio
 Altra farmacia (altra Struttura, altra ASP, ecc.): _____

**Timbro e Firma
del Medico Prescrittore**

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza

DISPENSAZIONE Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti:

Farmaco	Prodotti	N. confezioni dispensate per max 2 mesi di terapia	N. mg dispensati
Abatacept (Orencia®)	<input type="checkbox"/> AIC: 037989035 250mg - Polvere per soluzione per infusione Uso infusione endovenosa Flaconcino 250 mg - 3 flaconcini + 3 siringhe		
Adalimumab (Humira®)	<input type="checkbox"/> AIC: 035946084 40 mg-soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 2 penne pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946033 40 mg-soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 2 siringhe pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946096 40 mg-soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 4 penne pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946045 40 mg-soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe pre-riempite 0,8 ml 40 mg + 2 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 035946019 40 mg - soluzione iniettabile Uso sottocutaneo 2 flaconcini 0,8 ml 40 mg + 2 siringhe + 4 tamponi		
Anakinra (Kineret®)	<input type="checkbox"/> AIC: 035607023 100 mg - soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 7 siringhe pre-riempite 100 mg - 0,67 ml		
CertolizumabPegol (Cimzia®)	<input type="checkbox"/> AIC: 039539010 200 mg - soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 2 siringhe pre-riempite 200 mg-1 ml + 2 salviettine		
Etanercept (Enbrel®)	<input type="checkbox"/> AIC: 034675165 25 mg/ml - polvere e solvente per soluzione iniettabile per uso pediatrico Uso sottocutaneo 4 flaconcini 25 mg - 1 ml + 4 siringhe pre-riempite		
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675191 50 mg - soluzione iniettabile in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 4 penne pre-riempite 50 mg - 1 ml + 8 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675102 25 mg/ml - soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe 25 mg - 0,5 ml + 8 tamponi		
	<input type="checkbox"/> AIC: 034675140 50 mg/ml - soluzione iniettabile in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 4 siringhe pre-riempite 50 mg - 1 ml + 8 tamponi		
Golimumab (Simponi®)	<input type="checkbox"/> AIC: 039541014 50 mg- soluzione per iniezione in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 1 penna pre-riempita 0,5 ml		
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541038 50 mg- soluzione per iniezione in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 1 siringa pre-riempita 0,5 ml		
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541053 100 mg soluzione per iniezione in penna pre-riempita Uso sottocutaneo 1 penna pre-riempita 1 ml		
	<input type="checkbox"/> AIC: 039541077 100 mg soluzione per iniezione in siringa pre-riempita Uso sottocutaneo 1 siringa pre-riempita 1 ml		
Infliximab (Remicade®)	<input type="checkbox"/> AIC: 034528012 100 mg - polvere per concentrato per soluzione infusione Uso infusione endovena 1 flaconcino 100 mg - 2 ml		
Ustekinumab (Stelara®)	<input type="checkbox"/> AIC: 038936035 45 mg soluzione iniettabile in siringhe preriempite Uso sottocutaneo Ogni siringa preriempita contiene 45 mg di ustekinumab in 0,5 ml.		
	<input type="checkbox"/> AIC: 038936047 90 mg soluzione iniettabile in siringhe preriempite Uso sottocutaneo Ogni siringa preriempita contiene 90 mg di ustekinumab in 1 ml.		

Data di dispensazione _____ Firma del Farmacista _____

FINE TRATTAMENTO *Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica, Spondiloartriti*

Data di fine trattamento (gg/mm/anno) ..

Causa di fine trattamento:

- Remissione
- Progressione di malattia
- Trasferimento
- Perdita al follow up
- Morte
- Intolleranza al trattamento/Tossicità (specificare): _____
- Altro (specificare): _____

Pregressi mesi in biologico



Timbro e Firma
del Medico Prescrittore

Centro Prescrittore e Unità Operativa di Appartenenza
