



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

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

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

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN può essere prescritto solo da medici specialisti in reumatologia e medicina interna ed è limitato a pazienti con spondiloartrite assiale non radiografica (SAnoER) grave in caso di fallimento di linee terapeutiche precedenti. In particolare:

- Per gli antagonisti del TNFα dopo almeno 2 cicli di FANS/COXIB somministrati per un periodo di almeno 4 settimane al dosaggio massimo tollerato.
- Per gli inibitori delle interleuchine dopo almeno 2 cicli di FANS/COXIB e dopo un trattamento con almeno un inibitore del TNFα o in presenza di controindicazione o intolleranza a tale trattamento.

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 per antagonisti del TNFα, e 1, 2 e 3 per gli inibitori delle interleuchine:

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.

3. Non ha risposto ad almeno un inibitore del TNFα o presenta controindicazione o intolleranza a tale trattamento

Farmaco(specificare)

☐ controindicazione
☐ intolleranza

Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive
(la prescrizione non è valida se la compilazione non è completa)

Farmaco Prescritto SECUKINUMAB

Dosaggio

UNA AL GIORNO

Frequenza Settimanale

☐ Induzione

☐ Mantenimento

In caso di switch specificare le motivazioni:

☐ Inefficacia primaria

☐ Inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

☐ Comparsa di eventi avversi

☐ Altro

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

☒ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura ☐ Switch da altro biologico

Durata trattamento

☐ Giorni

☒ Mesi

1

Data Termine

18/03/2022

Data Decorrenza

18/02/2022