



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

Id. Piano 750067073

SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DI TOFACITINIB(Xeljanz):
NEL TRATTAMENTO DELL'ARTRITE PSORIASICA

Da compilarsi al fini della rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri o specialisti reumatologo, internista.

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

Paziente			
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Codice fiscale		Peso(Kg)	
ASL Residenza		Tel.	
Medico di Medicina Generale		recapito Tel.	

Indicazione autorizzata:
XELJANZ in associazione con MTX è indicato per il trattamento dell'artrite psoriasica attiva (PsA) in pazienti adulti che hanno risposto in modo inadeguato o sono intolleranti ad una precedente terapia con un farmaco antireumatico modificante la malattia (DMARD).

Indicazione rimborsata SSN:
Il trattamento con Xeljanz a carico del SSN è limitato a pazienti adulti con artrite psoriasica attiva con prevalente impegno periferico e con poliartrite o mono/oligo-artrite, che hanno fallito* il trattamento precedente con csDMARD e bDMARD e che presentano malattia attiva nonostante il trattamento con almeno due farmaci biologici.
*il fallimento comprende: l'inefficacia/perdita di efficacia, la comparsa di eventi avversi o di fattori che controindicano il trattamento.

Condizioni cliniche e criteri di rimborsabilità

Il/la Paziente deve soddisfare tutte le condizioni sottostanti:
Al paziente è stata diagnosticata artrite psoriasica attiva-e-presenta tutte le seguenti condizioni:

1.

☒ mono/olio-artrite o ☒ poliartrite

2.

☒ ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARD sintetici convenzionali

specificare i farmaci assunti

ASDASD

3.

☒ ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con un farmaco biologico

specificare i farmaci assunti

asdasd

*:Specificare le cause di fallimento:

☒ inefficacia primaria

☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

☐ comparsa di eventi avversi

☐ altro

La prescrizione di tofacitinib deve essere effettuata in accordo con Il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).
In pazienti di età superiore a 65 anni, in pazienti fumatori o ex fumatori, pazienti con altri fattori di rischio cardiovascolare e pazienti con altri fattori di rischio di malignità tofacitinib può essere utilizzato solo se non sono disponibili alternative terapeutiche adeguate.

<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	Prosecuzione terapia: <input type="checkbox"/> con modifiche <input type="checkbox"/> senza modifiche	
Farmaco Prescritto *	<div></div>	
Dosaggio	<div></div>	
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <div></div> <input checked="" type="checkbox"/> Mesi <div>12</div>	Data Termine <div>04/08/2023</div>

La dose raccomandata è di 5mg somministrati due volte al giorno. Tale dose non deve essere superata.
La validità della scheda di prescrizione è al massimo 12 mesi dalla data di compilazione.

Data

04/08/2022