



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

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

<b>Centro Prescrittore</b>	<input type="text"/>		
<b>Medico Prescrittore</b>	<input type="text"/>		
<b>Telefono</b>	<input type="text"/>	<b>E-Mail</b>	<input type="text"/>

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

**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 (SAnoER) 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 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:

**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.*

<b>Farmaco Prescritto</b>	CERTOLIZUMAB PEGOL		
<input type="text"/>	<b>Dosaggio</b>	<input type="text"/>	
<b>Frequenza Settimanale</b>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Induzione	<input type="checkbox"/> Mantenimento
In caso di switch specificare le motivazioni:			
<input type="radio"/> Inefficacia primaria			
<input type="radio"/> Inefficacia secondaria (perdita di efficacia)			
<input type="radio"/> Comparsa di eventi avversi <input type="text"/>			
<input type="radio"/> Altro <input type="text"/>			
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura <input type="checkbox"/> Switch da altro biologico			
<b>Durata trattamento</b>	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi	<input type="text" value="1"/>
<b>Data Termine</b>		<input type="text" value="03/05/2018"/>	
(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i <b>6 mesi</b> dalla data di compilazione).			
<b>Data Emissione</b>	<input type="text" value="03/04/2018"/>		