



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

Id. Piano 750016279

SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEL FARMACO TOFACITINIB:
ARTRITE REUMATOIDE

Il trattamento a carico del SSN può essere prescritto solo da medici specialisti reumatologo ed internista.

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

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

Indicazione rimborsata SSN

In associazione con metotrexato (MTX) è indicato per il trattamento dell’artrite reumatoide (AR) in fase attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno risposto in modo inadeguato o sono intolleranti ad uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia.

Può essere somministrato in monoterapia in caso di intolleranza a MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato

La sicurezza e l’efficacia di tofacitinib nei bambini di età compresa tra i 2 e i 18 anni non sono state ancora stabilite. Non ci sono dati disponibili. Non vi è un uso di tofacitinib relativo ai pazienti di età inferiore a 2 anni per l’indicazione artrite idiopatica giovanile.

Compilare in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente deve soddisfare la seguente condizione:

1. Paziente adulto con Artrite Reumatoide attiva da moderata a severa

2. ha risposto in modo inadeguato o è risultato intollerante a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDs):

Farmaco 1 (specificare):

Farmaco 2 (specificare):

Tofacitinib può essere somministrato in monoterapia in caso:

☐ di intolleranza al MTX

oppure

☐ quando il trattamento con MTX non è appropriato

Farmaco Prescritto

Dosaggio

Frequenza (quotidiana)

La dose raccomandata è di 5 mg somministrati due volte al giorno.

Aggiustamento di dose: Non è richiesto alcun aggiustamento di dose quando usato in associazione con metotrexato.

Può essere necessaria l’interruzione del trattamento per la gestione delle alterazioni risultanti dagli esami di laboratorio relative alla dose, tra cui linfopenia, neutropenia e anemia.

Vedi RCP per inizio, sospensione e interruzione del trattamento.

☐ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione cura

Durata trattamento

☐ Giorni

☒ Mesi

1

Data Termine

22/11/2018

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

Data Emissione

22/10/2018