



SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEL FARMACO BIOLOGICO SARILUMAB:
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 combinazione con metotrexato (MTX) è indicato per il trattamento dell’artrite reumatoide (AR) attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno risposto in modo inadeguato o sono risultati intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDs). Kevzara può essere somministrato in monoterapia in caso di intolleranza al MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato

La sicurezza e l’efficacia di sarilumab nei bambini e ragazzi di età fino a 18 anni non sono state stabilite. Non sono disponibili dati.

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): | |

Sarilumab 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 di Kevzara è 200 mg una volta ogni 2 settimane somministrata mediante iniezione sottocutanea.

La riduzione della dose da 200 mg una volta ogni 2 settimane a 150 mg una volta ogni 2 settimane è raccomandata per la gestione di neutropenia, trombocitopenia ed aumento degli enzimi epatici. (vedi RCP per aggiustamenti dose)

☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura

| | | | | |
|--------------------|--|---|--------------|----------------------|
| Durata trattamento | <input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text"/> | Data Termine | <input type="text"/> |
|--------------------|--|---|--------------|----------------------|

NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **12 mesi** dalla data di compilazione

| | |
|----------------|----------------------|
| Data Emissione | <input type="text"/> |
|----------------|----------------------|