ALLEGATO

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI JAKi (abrocitinib, upadacitinib)
NEL TRATTAMENTO DELLA DERMATITE ATOPICA

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri o specialisti (dermatologo).

Centro prescrittore_____

Medico prescrittore (cognome, nome) _____

Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____

Data di nascita _____ sesso M □ F □_____ peso (Kg) _____

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Tel._____

ASL di residenza_____ Regione _____ Prov._____

Medico di Medicina Generale _____ recapito Tel. _____

Indicazioni autorizzate:
Abrocitinib è indicato per il trattamento della dermatite atopica da moderata a grave negli adulti candidati alla terapia sistemica.
Upadacitinib è indicato nel trattamento della dermatite atopica da moderata a severa negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni eleggibili alla terapia sistemica.

Indicazione rimborsata SSN:
Abrocitinib e upadacitinib sono rimborsati per il trattamento della **dermatite atopica grave (punteggio EASI ≥24)** in pazienti adulti candidati alla terapia sistemica

- **Senza i fattori di rischio indicati da EMA, che hanno risposto in modo inadeguato alla ciclosporina o per i quali tale trattamento risulta essere controindicato o non tollerato.**
- **con i fattori di rischio indicati da EMA (età pari o superiore a 65 anni, a rischio aumentato di gravi problemi cardiovascolari, fumatori o ex-fumatori di lunga durata e a maggior rischio di cancro), unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate nell'indicazione (ciclosporina e anti-interleuchine).**

*****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 dermatite atopica grave definita con punteggio EASI ≥24, è eleggibile alla terapia sistemica e presenta tutte le seguenti condizioni:

□ età maggiore/uguale a 18 anni

- **Solo per pazienti senza i fattori di rischio indicati da EMA**

□ fallimento* o controindicazione alla terapia con ciclosporina

*Specificare la causa di fallimento:
□ inefficacia primaria
□ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
□ comparsa di eventi avversi_____
specificare

□ altro_____
Specificare

- **Solo per pazienti con i fattori di rischio indicati da EMA**

□ fallimento* o controindicazione alla terapia con ciclosporina e a precedenti trattamenti con i farmaci rimborsati nell'indicazione, appartenenti alla classe delle anti-interleuchine.

specificare i farmaci assunti

*Specificare la causa di fallimento:
□ inefficacia primaria
□ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
□ comparsa di eventi avversi_____
specificare

□ altro_____
Specificare

La prescrizione dei Principi attivi deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).

Prescrizione

□ **Prima prescrizione**	**Prosecuzione terapia:** **con modifiche** □ **senza modifiche** □	
□ **Abrocitinib**	**Posologia**	**Durata**
• Cibinqo 50 mg compresse rivestite con film • Cibinqo 100 mg compresse rivestite con film	La dose iniziale raccomandata è di 100 mg una volta al giorno.	
□ **Upadacitinib**	**Posologia**	**Durata**
• Rinvoq 15 mg compresse a rilascio prolungato	La dose raccomandata di upadacitinib è di 15 mg una volta al giorno	

N.B. Si raccomanda di informare il paziente dei rischi associati al trattamento con questi medicinali. Per le avvertenze e precauzioni d'uso da adottare è necessario fare riferimento agli RCP dei singoli farmaci (sezione 4.4).

La validità della scheda di prescrizione è di …… mesi (validità massima 12 mesi)

Data_____

Timbro e firma del medico prescrittore

23A00338