



PIANO TERAPEUTICO AIFA

PER LA PRESCRIZIONE DI APREMILAST nel trattamento delle ulcere orali nella Malattia di **Behçet**

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sesto M ☐ F ☐ peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____	Esterio ☐
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

Indicazioni rimborsate SSN

Apremilast è indicato per il trattamento di pazienti adulti con ulcere orali associate alla malattia di Behçet (BD) che sono candidati alla terapia sistemica

Paziente che presenta le caratteristiche di seguito elencate ai fini della rimborsabilità:

- ☐ pazienti con diagnosi di malattia di Behçet secondo i criteri dell'*International Study Group* che presentano ulcere orali attive che si erano verificate almeno tre volte nel precedente periodo di 12 mesi (inclusa la presente visita di screening)
- ☐ presenza di ulcere orali attive nonostante l'uso precedente di almeno un medicinale non biologico, come glucocorticoidi topici o sistemici, farmaci antinfiammatori non steroidei, colchicina, immunosoppressori o talidomide.
Specificare farmaco precedente:
- ☐ assenza di un coinvolgimento attivo degli organi principali correlato alla malattia di Behçet che aveva portato al trattamento sistemico, come uveite (ad eccezione dell'uveite lieve trattata con farmaci topici) o coinvolgimento del sistema nervoso vascolare o centrale, durante i 12 mesi precedenti.

Possono essere trattati pazienti con artrite o manifestazioni cutanee correlate alla malattia di Behçet.

Prescrizione APREMILAST	
Apremilast 10/20/30 mg compresse rivestite con film 27 cpr	n. confezioni
Apremilast 30 mg compresse rivestite con film 56 cpr	n. confezioni

Specificare se si tratta di:	
☐ prima prescrizione	☐ prosecuzione di terapia*
Durata prevista del trattamento (mesi):	

Paziente con compromissione renale grave: la dose deve essere ridotta a 30 mg una volta al giorno.

* **Prosecuzione di terapia:** Il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato, in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore, redigendo una nuova scheda. Per l'indicazione **malattia di Behçet** se non è stato osservato un beneficio terapeutico dopo 12 settimane il trattamento deve essere riconsiderato.

* **Validità del PT**
Non superiore a 12 mesi

NOTA BENE

Il clinico deve prendere visione delle controindicazioni e precauzioni d'impiego riportate in RCP (cfr. par. 4.3-4.4-4.5-4.6-4.7). Si rimanda a RCP per posologia e modo di somministrazione (cfr. par. 4.2).

Data _____

Timbro e Firma del Medico _____

(Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda)