



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

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

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

Il trattamento con farmaci biologici a carico del SSN può essere prescritto solo da medici specialisti in reumatologia e medicina interna ed è limitato a pazienti con spondiloartrite assiale non radiografica (SAnoER) grave in caso di fallimento di linee terapeutiche precedenti. In particolare:

- Per gli antagonisti del TNF α dopo almeno 2 cicli di FANS/COXIB somministrati per un periodo di almeno 4 settimane al dosaggio massimo tollerato.
- Per gli inibitori delle interleuchine dopo almeno 2 cicli di FANS/COXIB e dopo trattamento con almeno un inibitore del TNF α o in presenza di controindicazione o intolleranza a tale trattamento.

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 solo in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza)

Il/la Paziente deve soddisfare le condizioni 1 e 2 per antagonisti del TNF α , e 1, 2 e 3 per gli inibitori delle interleuchine:

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*

☐ specificare i farmaci assunti

*oppure fallimento ad un ciclo di DMARD sintetico convenzionale in caso di forma assiale responsiva a FANS/COXIB e concomitante interessamento periferico.

3. non ha risposto ad almeno un inibitore del TNF α o presenta controindicazione o intolleranza a tale trattamento

☐ specificare farmaco inibitore TNF α assunto

☐ controindicazione

☐ intolleranza

Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive

(la prescrizione non è valida se la compilazione non è completa)

Farmaco prescritto (specificare il farmaco prescritto)	Prima prescrizione [^]	Prosecuzione della cura [^]	switch da altro biologico [^]
Adalimumab _____	☐	☐	☐
_____ (indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Bimekizumab _____	☐	☐	☐

(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Certolizumab	☐ Induzione ☐ mantenimento	☐	☐
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Etanercept	☐	☐	☐
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Golimumab	☐	☐	☐
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Secukinumab	☐ Induzione ☐ mantenimento	☐	☐
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			

^ riferito al farmaco prescritto

In caso di switch specificare le motivazioni:

- ☐ inefficacia primaria
☐ inefficacia secondaria (perdita di efficacia)
☐ comparsa di eventi avversi _____ specificare
☐ altro _____ specificare

Durata prevista del trattamento (mesi al controllo successivo) _____

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

Data _____

Timbro e Firma del Medico
