

Compilare solo in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza):

Il/la Paziente deve soddisfare le seguenti condizioni:

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 (specificare): _____

Farmaco (specificare): _____

Tofacitinib può essere somministrato in monoterapia in caso:

di intolleranza al MTX

o

quando il trattamento con MTX non è appropriato

Farmaco prescritto	dose (mg)	frequenza (quotidiana)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
tofacitinib			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

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

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico

