

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DEI JAKi (baricitinib, filgotinib, tofacitinib, upadacitinib)
NEL TRATTAMENTO DELL'ARTRITE REUMATOIDE**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura di centri ospedalieri o specialisti reumatologo e internista.

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

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sesto M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> _____ peso (Kg) _____
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Tel. _____
ASL di residenza _____	Regione _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	recapito Tel. _____

Indicazione autorizzata:

baricitinib, filgotinib, tofacitinib[§] e upadacitinib sono indicati per il trattamento dell'artrite reumatoide in fase attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARD). I principi attivi possono essere usati in monoterapia o in associazione a metotrexato (MTX).

Indicazione rimborsata SSN:

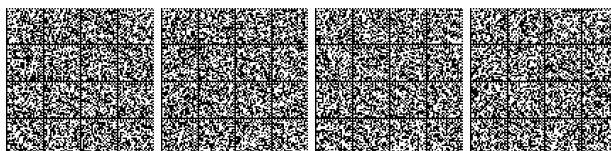
baricitinib, filgotinib, tofacitinib[§] e upadacitinib sono rimborsati per il trattamento dell'artrite reumatoide in fase attiva da moderata a severa unicamente in pazienti adulti:

- **se in assenza dei 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): a seguito di risposta inadeguata o intolleranza ad una precedente terapia con uno o più DMARD e al fallimento* del trattamento precedente con uno o più TNFi rimborsati per l'indicazione
- **se in presenza dei fattori di rischio indicati da EMA:** unicamente al fallimento* di tutte le opzioni terapeutiche rimborsate per l'indicazione (DMARD, TNFi e anti-interleuchine).

I principi attivi possono essere usati in monoterapia o in associazione a metotrexato (MTX).

[§]tofacitinib può essere somministrato in monoterapia solo in caso di intolleranza a MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato.

*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 artrite reumatoide in fase attiva e presenta tutte le seguenti condizioni:

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

ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD

specificare i farmaci assunti

ha fallito* il trattamento con precedente con uno o più TNFi.

specificare i farmaci assunti

*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**

ha avuto una risposta inadeguata a uno o più DMARD

specificare i farmaci assunti

ha fallito* i precedenti trattamenti con farmaci appartenenti alla classe dei TNFi e 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

Farmaco prescritto <i>(specificare il farmaco prescritto)</i>	Prima prescrizione [^]	Prosecuzione della cura [^]
<input type="checkbox"/> Baricitinib		
<input type="checkbox"/> Filgotinib		
<input type="checkbox"/> Tofacitinib		
<input type="checkbox"/> Upadacitinib		
<hr/> <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i>		

[^] riferito al farmaco prescritto

N.B. Si raccomanda di informare il paziente dei rischi associati al trattamento con questi medicinali. Qualora disponibile può essere raccomandata una dose più bassa, a seconda del medicinale e del fattore di rischio specifico. 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

23A01345

