

**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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____ Estero <input type="checkbox"/>
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 (SA<sub>no</sub>ER) grave in caso di fallimento di linee terapeutiche precedenti. In particolare:

- Per gli antagonisti del TNF $\alpha$  dopo almeno 2 cicli di FANS/COXIB somministrati per un periodo di almeno 4 settimane al dosaggio massimo tollerato.

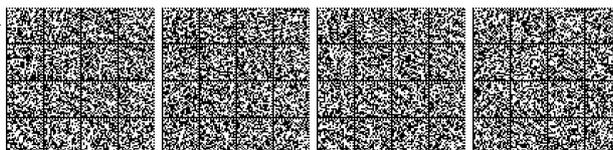
- Per gli inibitori delle interleuchine dopo almeno 2 cicli di FANS/COXIB e dopo trattamento con almeno un inibitore del TNF $\alpha$  o in presenza di controindicazione o intolleranza a tale trattamento.

La SA<sub>no</sub>ER 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 $\alpha$ , 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 $\alpha$  o presenta controindicazione o intolleranza a tale trattamento

- specificare farmaco inibitore TNF $\alpha$  assunto

---



---

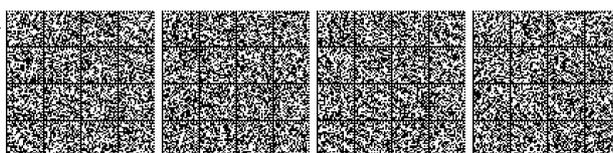
- controindicazione

- 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 <sup>^</sup>	Prosecuzione della cura <sup>^</sup>	switch da altro biologico <sup>^</sup>
Adalimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Certolizumab	<input type="checkbox"/> Induzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



_____	<input type="checkbox"/> mantenimento		
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Etanercept _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Golimumab _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)			
Secukinumab _____	<input type="checkbox"/> Induzione <input type="checkbox"/> mantenimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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

\_\_\_\_\_

