



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

---



---

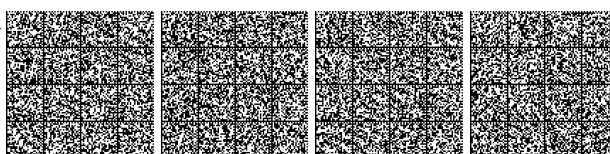
- controindicazione

- intolleranza

### Compilare per la prima prescrizione e per quelle successive

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

| Farmaco prescritto<br>(specificare il farmaco prescritto)      | Prima prescrizione <sup>^</sup>    | Prosecuzione della<br>cura <sup>^</sup> | switch<br>da altro biologico <sup>^</sup> |
|--|------------------------------------|---|---|
| Adalimumab<br>_____  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                  |
| <i>(indicare dose, frequenza di somministrazione e durata)</i> |                                    |   |   |
| Certolizumab   | <input type="checkbox"/> Induzione | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>                  |



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

\_\_\_\_\_

