ALLEGATO

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA DI UPADACITINIB (Rinvoq®) NEL TRATTAMENTO DELL'ARTRITE PSORIASICA

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

sta.			
Centro prescrittore			
Medico prescrittore (cognome, r	nome)		
Tel	e-mail		
Paziente (cognome, nome)			
Data di nascita	sesso M 🗆 F 🗆	peso (Kg)	
Codice fiscale _ _ _ _ _	_ _ _	Tel	
ASL di residenza	Regione	Prov	
Medico di Medicina Generale		recapito Tel	
Indicazione rimborsata SSN: RINVOQ è indicato nel trattamer risposta inadeguata o che sono in almeno due farmaci biologici. Rimetotrexato. *il fallimento comprende: l'ineff controindicano il trattamento. Condizioni cliniche e criteri di ri	n metotrexato. nto dell'artrite psoriasica at ntolleranti ad uno o più DN INVOQ può essere sommir icacia/perdita di efficacia, l	OMARD. RINVOQ può essere som attiva nei pazienti adulti che hani MARD <u>e che hanno fallito* il trat</u> nistrato in monoterapia o in asso la comparsa di eventi avversi o	no avuto una ttamento con ociazione con
II/la Paziente deve soddisfare tutte le Al paziente è stata diagnosticata artri 1.ha fallito un trattamento precedent	te psoriasica attiva e presenta	· ·	
☐ specificare i farmaci assunti			
2.ha fallito* almeno due trattamenti ☐ specificare i farmaci assunti	precedenti con un farmaco bio	ologico	
*Specificare la causa di fallimento: ☐ inefficacia primaria ☐ inefficacia secondaria (perdita di ef ☐ comparsa di eventi avversi			_

□ altro	
specificare	
La prescrizione di <i>upadacitinib</i> deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto	(RCP).

Prescrizione

☐ Prima prescrizione	Prosecuzione terapia:		
	con modifiche □	senza modifiche 🗆	
Upadacitinib	Posologia	Durata	
	La dose raccomandata di upadacitinib è di 15 mg una volta al giorno.		

La validità della scheda di prescrizione è al massimo di 12 mesi dalla data di compilazione.

Data	Timbro e firma del medico prescrittore

22A02915