



\*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 alla terapia convenzionale

specificare i farmaci assunti

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

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

<sup>^</sup> riferito al farmaco prescritto

*N.B. Si raccomanda di informare il paziente dei rischi associati al trattamento con questi medicinali. 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

-----

23A01343

