

**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.

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

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sex 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:

RINVOQ è indicato nel trattamento dell'artrite psoriasica attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti ad uno o più DMARD. RINVOQ può essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato.

Indicazione rimborsata SSN:

RINVOQ è indicato nel trattamento dell'artrite psoriasica attiva nei pazienti adulti che hanno avuto una risposta inadeguata o che sono intolleranti ad uno o più DMARD **e che hanno fallito* il trattamento con almeno due farmaci biologici**. RINVOQ può essere somministrato in monoterapia o in associazione con metotrexato.

*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 psoriasica attiva e presenta tutte le seguenti condizioni:

1. ha fallito un trattamento precedente con uno o più DMARD sintetici convenzionali

specificare i farmaci assunti

2. ha fallito* almeno due trattamenti precedenti con un farmaco biologico

specificare i farmaci assunti

*Specificare la causa di fallimento:

inefficacia primaria

inefficacia secondaria (perdita di efficacia)

comparsa di eventi avversi _____

Specificare



<input type="checkbox"/> altro _____ <div style="text-align: center;">specificare</div> <p>La prescrizione di <i>upadacitinib</i> deve essere effettuata in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP).</p>

Prescrizione

<input type="checkbox"/> Prima prescrizione	Proseguimento terapia:	
	con modifiche <input type="checkbox"/>	senza modifiche <input type="checkbox"/>
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

