

ALLEGATO

**SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DEL FARMACO BIOLOGICO SARILUMAB:
ARTRITE REUMATOIDE**

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

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sessu M ☐ F ☐ peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____ Estero ☐	
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

Il trattamento a carico del SSN può essere prescritto solo da medici specialisti reumatologo ed internista.

Indicazione rimborsata SSN:

in combinazione con metotrexato (MTX) è indicato per il trattamento dell'artrite reumatoide (AR) attiva da moderata a severa in pazienti adulti che hanno risposto in modo inadeguato o sono risultati intolleranti a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDs). Kevzara può essere somministrato in monoterapia in caso di intolleranza al MTX o quando il trattamento con MTX non è appropriato

La sicurezza e l'efficacia di sarilumab nei bambini e ragazzi di età fino a 18 anni non sono state stabilite. Non sono disponibili dati.



Compilare solo in caso di prima prescrizione (verifica appropriatezza):

Il/la Paziente deve soddisfare le seguenti condizioni:

1. Paziente adulto con Artrite Reumatoide attiva da moderata a severa
2. ha risposto in modo inadeguato o è risultato intollerante a uno o più farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDs):

☐ Farmaco (specificare): _____

☐ Farmaco (specificare): _____

Sarilumab può essere somministrato in monoterapia in caso:

☐ di intolleranza al MTX

o

☐ quando il trattamento con MTX non è appropriato

Farmaco prescritto	dose (mg)	frequenza (settimane)	Prima prescrizione	Prosecuzione della cura
sarilumab			☐	☐

La dose raccomandata di Kevzara è 200 mg una volta ogni 2 settimane somministrata mediante iniezione sottocutanea.

La riduzione della dose da 200 mg una volta ogni 2 settimane a 150 mg una volta ogni 2 settimane è raccomandata per la gestione di neutropenia, trombocitopenia ed aumento degli enzimi epatici. (vedi RCP per aggiustamenti dose)

(NOTA BENE: la validità della scheda di prescrizione cartacea non può superare i **12 mesi** dalla data di compilazione). **Durata prevista del trattamento (mesi)** _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico

18A04760

