

**SCHEDA CARTACEA PER LA PRESCRIZIONE DI KINERET (ANAKINRA)****NELLA FEBBRE MEDITERRANEA FAMILIARE (FMF)**

Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri o di specialisti - reumatologo, internista, pediatra e immunologo operanti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale

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

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sesto M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
peso (Kg) _____	altezza (cm) _____
Comune di nascita _____ Estero <input type="checkbox"/>	
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

Indicazione rimborsata SSN

Febbre mediterranea familiare (FMF)

Kineret è indicato per il trattamento della febbre mediterranea familiare (FMF). Se appropriato, Kineret deve essere somministrato in associazione con colchicina.

La prescrizione di Kineret® a carico del SSN è consentita (anche in associazione con colchicina, se appropriato) per il trattamento della febbre mediterranea familiare limitatamente ai pazienti che non abbiano risposto alla colchicina. Inoltre, in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- ≥ 8 mesi con un peso corporeo ≥ 10 kg
- diagnosi accertata di FMF
- assenza di neutropenia $CAN > 1,5 \times 10^9/L$
- assenza di infezioni gravi in fase attiva
- fallimento del trattamento con la colchicina specificando tra le seguenti opzioni:
 - mancata/inadeguata risposta
 - sospensione per intolleranza/eventi avversi

(Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda)





Kineret è somministrato per iniezione sottocutanea. Kineret è fornito pronto all'uso in siringhe preriempite graduate

Prescrizione:

La dose raccomandata per i pazienti con peso corporeo pari o superiore a 50 kg è di 100 mg/giorno tramite iniezione sottocutanea. I pazienti che pesano meno di 50 kg devono ricevere una dose calcolata in base al peso corporeo, con una dose raccomandata di 1-2 mg/kg/giorno.

I bambini che pesano meno di 50 kg ricevono una dose in base al peso corporeo con una dose raccomandata di 1-2 mg/kg/giorno, mentre i pazienti che pesano 50 kg o più ricevono 100 mg/giorno. Nei bambini con risposta inadeguata, la dose può essere aumentata fino a 4 mg/kg/giorno.

Dose raccomandata 100 mg/giorno per i pazienti con peso corporeo \geq 50 kg

1-2 mg/kg/giorno per i pazienti con peso corporeo < 50 kg
(aumentata fino a 4 mg/kg/giorno nei bambini con risposta inadeguata)

Dose raccomandata pari amg/giorno

Specificare se si tratta di:

Prima prescrizione prosecuzione di terapia*

* La scheda di prescrizione potrà essere rinnovata a giudizio del medico specialista prescrittore

La prescrizione ed il monitoraggio di sicurezza devono essere effettuati in accordo con il relativo Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.

La validità massima della scheda di prescrizione è di dodici mesi

Data _____

Timbro e firma del medico ospedaliero
o del medico specialista prescrittore

(Da redigere in triplice copia ed inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda)

