

**PIANO TERAPEUTICO AIFA
PER LA PRESCRIZIONE DI OTEZLA (APREMILAST) NELLA ARTRITE PSORIASICA**

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 _____	Etereo <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con apremilast a carico del SSN nella indicazione artrite psoriasica (PsA) attiva deve essere limitato a pazienti adulti che abbiano risposto in modo inadeguato o siano risultati intolleranti ad almeno due DMARDs convenzionali e nei quali l'uso dei farmaci biologici sia controindicato o non tollerato.

Apremilast NON è rimborsato nell'indicazione psoriasi a placche.

Il/la Paziente:	
1. ha risposto in modo inadeguato o è risultato/a intollerante (fallimento terapeutico) al trattamento precedente con almeno due DMARDs sintetici convenzionali:	
Farmaco 1 (specificare): _____	
Farmaco 2 (specificare): _____	
2. presenta controindicazioni o intolleranza al trattamento con i seguenti farmaci biologici:	
adalimumab	intolleranza <input type="checkbox"/> controindicazione <input type="checkbox"/> specificare _____
certolizumab	intolleranza <input type="checkbox"/> controindicazione <input type="checkbox"/> specificare _____



etanercept	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>
golimumab	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>
Infliximab	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>
secukinumab	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>
ustekinumab	intolleranza <input type="checkbox"/> specificare _____	controindicazione <input type="checkbox"/>

Il trattamento con Otezla deve essere iniziato da specialisti esperti nella diagnosi, nel trattamento e nella valutazione clinimetrica della risposta terapeutica dell'artrite psoriasica.

Prescrizione:

Otezla 10/20/30 mg compresse rivestite con film 27 cpr <i>Starter Pack</i>	n.
Otezla 30 mg compresse rivestite con film 56 cpr	n.

Durata prevista del trattamento (mesi) _____

(NOTA BENE: la validità del Piano Terapeutico non può superare i **12 mesi** dalla data di compilazione)

Data _____

Timbro e Firma del Medico

