

# TRATTAMENTO CON "BIOLOGICI"

## PIANO TERAPEUTICO prima prescrizione e follow up

### A. INTRODUZIONE "BIOLOGICO" PRIMA SCELTA

(Primo approccio)

Identificativo Centro ..... Scheda no.

Cognome Nome paziente ..... nato a il.....

#### Scheda pre - trattamento con "Biologici" Prima Linea

Età:   Sesso: M F

Diagnosi:

Artrite Reumatoide siero-positiva ;

Artrite Reumatoide Siero-negativa

Spondilartrite periferica (psoriasica , enteroartrite, etc. )

Peso corporeo Kg:   Durata Malattia : mesi   anni

In terapia con MTX da mesi:

In terapia con Leflunomide da mesi:

Altri DMARDs Testati:

.....  
.....

Dose MTX (mg/settimana): IM   Orale:

Se la dose di MTX im o sottocute <15 o orale <17.5, commentare:

.....  
.....

Numero articolazioni tumefatte:        Numero articolazioni dolenti:

Proteina C-Reattiva (mg/dL):   .  (allegare il referto)

Dose media giornaliera di cortisonico (mg PN equivalente)

(11) Tabella

<b>Articolazioni Tumefatte o dolenti</b>				<b>Prot. C-Reattiva (mg/dL)</b>
<b>&gt;17</b>	7	8	9	<b>≥3</b>
<b>10-17</b>	6	7	8	
<b>&lt;10</b>	5	6	7	
<b>&gt;17</b>	6	7	8	<b>0.6-3.0</b>
<b>10-17</b>	5	6	7	
<b>&lt;10</b>	4	5	6	
<b>&gt;17</b>	5	6	7	<b>&lt;0.6</b>
<b>10-17</b>	4	5	6	
<b>&lt;10</b>	3	4	5	
	<b>&lt;80</b>	<b>80-200</b>	<b>&gt;200</b>	
	<b>Fattore Reumatoide (U/L)</b>			

Trattamento con “Biologici” prima scelta se

A. MTX I.M. >15 (orale > 17.5) mg

Altro DMARD:..... dose die.....

per più di 6 mesi

Aggiunto altro DMARDs :  si       no

Se “SI” specificare quale .....ed a dosaggio di:.....

B. Esclusa la possibilità di aggiungere un altro DMARDs

C. Score Tabella **≥7 dopo 6 mesi**

Se **non** soddisfatto A, B , C si opta per inserimento biologico, commentare:

.....  
.....  
**Farmaco Biologico prescritto (nome , dose e data della prima prescrizione):** .....

Dichiarazione ( certificazione ) allegata del medico di famiglia che certifichi che il paziente abbia assunto MTX e/o altro DMARD, per quanto tempo li abbia assunti e se li abbia assunti con aderenza e persistenza terapeutica

sì      no

---

Se : Spondilite Anchilosante  spondilartrite assiale

Trattamento con antiinfiammatorio a dosaggio pieno, molecola: .....

Dichiarazione ( certificazione ) allegata del medico di famiglia che certifichi che il paziente abbia assunto antiinfiammatorio a dosaggio pieno , per quanto tempo , con aderenza e persistenza terapeutica

sì      no      Mesi

Dichiarazione ( certificazione e/o relazione allegata) del radiologo che certifichi sacroileite o spondilite

Rx      colonna      sì      no

Rx      sacroiliache      sì      no

Rmn      colonna      sì      no

Rmn      sacroiliache      sì      no

INDICE DI ATTIVITÀ DI MALATTIA BASDAI :

**Farmaco Biologico prescritto (nome , dose e data della prima prescrizione):** .....

## B. FOLLOW -UP SEMESTRALE

Peso corporeo Kg:

Dose MTX (mg/settimana): IM        Orale:

Altri DMARDs:

.....

Numero articolazioni tumefatte:        Numero articolazioni dolenti:

Proteina C-Reattiva (mg/dL):   .  ( allegare il referto)

Dose media giornaliera di cortisonico (mg PN equivalente)

Valutazione efficacia terapia

Ottima       Buona       Sufficiente       Inadeguata

Score tabella alla visita follow up :

Se risposta sufficiente od inadeguata dettagliare:

.....  
.....  
.....  
.....

Effetti collaterali attribuiti al farmaco:    SI    NO

Se si dettagliare evento e provvedimenti assunti:

.....

**Riportare nome e dose del Farmaco Biologico confermato e/o prescritto al precedente controllo:: .....**

**Controllo follow up odierno avvenuto in data :.....**

Modificato Si NO;

Modificata dose SI NO

Modificato per risposta inadeguata SI NO

Modificato per altra motivazione SI NO (descrivere la motivazione) :

.....

Se al follow up è prescritto altro farmaco dettagliare:

**Farmaco Biologico prescritto (nome , dose e data della prescrizione):**

.....