ALLEGATO 5

SCHEDE DI RACCOLTA DATI PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA

ARTRITE REUMATOIDE

CON FARMACI "BIOLOGICI" ANTI TNF α

SCHEDA DI INIZIO TRATTAMENTO (1.2)

Dati del Centro Specialistico	
Regione	
Centro	

Dati del Paziente	
Iniziali	Numero progressivo
Data di nascita	Sesso F ☐ M ☐
Comune di residenza	ASL di residenza
Medico di famiglia	Tel

Diagnosi	
Artrite Reumatoide classificabile secondo i criteri ACR	☐

Precedenti Terapie di fondo		
Methotrexate	☐ posologia_____	mesi di trattamento_____
Sulfasalazina	☐ posologia_____	mesi di trattamento_____
Ciclosporina	☐ posologia_____	mesi di trattamento_____
Leflunomide	☐ posologia_____	mesi di trattamento_____
Aurotiosolfato di sodio	☐ posologia_____	mesi di trattamento_____
Idrossiclorochina	☐ posologia_____	mesi di trattamento_____
Altro	☐ posologia_____	mesi di trattamento_____
Altro	☐ posologia_____	mesi di trattamento_____

Attività di malattia	
DAS (0-10)	|_____|
Indice di Ritchie (0-78)	|_____|
Numero di articolazioni tumefatte (0-44)	|_____|
VES alla prima ora (0-100)	|_____|
Stato globale di salute GH (0-100)	|_____|
VAS-dolore (0-100)	|_____|
Valutazione globale dell'attività di malattia (paz) (0-100)	|_____|
Valutazione globale dell'attività di malattia (med) (0-100)	|_____|
Questionario HAQ (0-3)	|_____|

SCHEDA DI INIZIO TRATTAMENTO (2.2)

Elementi anamnestici rilevanti

	SI	NO	
Infezioni croniche o ricorrenti	☐	☐	
TBC	☐	☐	
Malattia demielinizzante	☐	☐	
Neoplasie	☐	☐	
Insufficienza cardiaca	☐	☐	
Recenti interventi chirurgici	☐	☐	
Malattie dismetaboliche (cardiache,polmonari, epatiche, diabete…)	☐	☐	_____ *se si, specificare*
Coinvolgimento organi e apparati extra-articolari (cute, occhio, polmone, rene, cuore…)	☐	☐	_____ *se si, specificare*

Dati bioumorali di base

GR	|_____| x 10^6/mmc	PCR	|____| mg/L		
Hb	|____| mg/L	VES	|____| mm 1°/h	Range laboratorio (v.n.)	
Ht	|____| %	AST	|____| mg/dl	min.|____|	max.|____|
GB	|_____| x 10^3/mmc	ALT	|____| mg/dl	min.|____|	max.|____|
N/L/M/E/B (%)	___ / ___ / ___ / ___ / ___	ematuria	☐		
PLT	|_____| x 10^3/mmc	proteinuria	☐		

Piano Terapeutico

Remicade ☐ posologia_____ MTX mg/sett.: _____

Enbrel ☐ posologia_____

Terapie farmacologiche concomitanti

Farmaco (nome commerciale) e posologia

_____

_____

_____

Se il paziente è gia trattamento con i farmaci anti-TNF compilare questa parte specificando la data di inizio trattamento e la posologia:

Remicade ☐ dal _____ posologia _____

Enbrel ☐ dal _____ posologia _____

Data..... Medico prescrittore .....

Nome *Cognome*

(SETTIMANA _____)

SCHEDA DI MONITORAGGIO (1.2)

Dati del Centro Specialistico

Regione

Centro

Dati del Paziente

Iniziali	Numero progressivo		
Data di nascita	Sesso	F ☐	M ☐
Comune di residenza	ASL di residenza		
Medico di famiglia	Tel		

Farmaco anti-TNF

Remicade ☐ posologia_____ MTX mg/sett.: _____

Enbrel ☐ posologia_____

Follow-up

Data visita

Data ultima somministrazione

Dati bioumorali

GR	|_____| x 10^6/mmc	PCR	|____| mg/L		
Hb	|____| mg/L	VES	|____| mm 1°/h	Range laboratorio (v.n.)	
Ht	|____| %	AST	|____| mg/dl	min.|____|	max.|____|
GB	|_____| x 10^3/mmc	ALT	|____| mg/dl	min.|____|	max.|____|
N/L/M/E/B (%)	___ / ___ / ___ / ___ / ___	ematuria	☐		
PLT	|_____| x 10^3/mmc	proteinuria	☐		

Indici di miglioramento

ACR 20% ☐ ACR 50% ☐ ACR 70% ☐

Numero di articolazioni tumefatte (0-44)	|_____|
Numero di articolazioni dolenti (0-44)	|_____|
VAS-dolore (0-100)	|_____|
Valutazione globale dell'attività di malattia(paz) (0-100)	|_____|
Valutazione globale dell'attività di malattia(med) (0-100)	|_____|
Questionario HAQ (0-3)	|_____|

(SETTIMANA _____)

SCHEDA DI MONITORAGGIO (2.2)

Eventi avversi *(assegnare ad ogni evento avverso un numero progressivo)*

N.	Data insorgenza	Evento avverso	Gravità (grado)	Correlazione con terapia

Esito dell'evento *(riportare il numero dell'evento avverso a cui si fa riferimento)*

N.	Data	risolto	persistente	reliquati	decesso	non conosciuto
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐	☐

Provvedimenti presi *(riportare il numero dell'evento avverso a cui si fa riferimento)*

N.	Data	nessuno	trattamento interrotto		terapia intrapresa/altro
			temporaneamente	definitivamente	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	

Modifiche alla Terapia:

Vengono apportate modifiche al piano terapeutico? si ☐ no ☐
Se si specificare la motivazione:

Nuovo piano terapeutico assegnato

Remicade ☐ posologia_____ MTX mg/sett.: _____
Enbrel ☐ posologia_____

Sospensione della Terapia:

Data: .....
Motivo: .....
.....
.....

Data..... Medico prescrittore .....
Nome *Cognome*