ALLEGATO 6

SCHEDA DI RACCOLTA DATI PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA

ARTRITE REUMATOIDE GIOVANILE POLIARTICOLARE

CON ETANERCEPT

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 Giovanile Poliarticolare classificabile secondo i criteri ACR ☐	
Precedenti Terapie di fondo	
Methotrexate ☐ posologia_____ mesi di trattamento_____	
Intolleranza al Methotrexate si ☐ no ☐	
Attività di malattia e variabili del "core-set"	
Valutazione globale dell'attività di malattia (medico) (0-100)	|_____|
Valutazione globale dello stato di salute (genitori-paziente) (0-100)	|_____|
Questionario CHAQ (0-3)	|_____|
Numero di articolazioni con artrite attiva (0-71)	|_____|
Numero di articolazioni con limitazione funzionale (0-67)	|_____|
VES mm/prima ora	|_____|

SCHEDA DI INIZIO TRATTAMENTO (2.2)

Elementi anamnestici rilevanti

	SI	NO	
Infezioni croniche o ricorrenti	☐	☐	
TBC	☐	☐	
Neoplasie	☐	☐	
Recenti interventi chirurgici	☐	☐	
Altre malattie (specificare)	☐	☐	
Uveite cronica	☐	☐	
Coinvolgimento organi e apparati extra-articolari (cute, polmone, rene, cuore…)	☐	☐	_____ *se si, specificare*

Dati bioumorali di base

						Range laboratorio (v.n.)	
GR	|_____| x 10^6/mmc	PCR	|____| mg/L				
Hb	|____| mg/L	VES	|____| mm 1°/h				
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

Enbrel ☐ posologia_____

Terapie farmacologiche concomitanti

Farmaco 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:

Enbrel ☐ dal _____ posologia _____

Data

Medico prescrittore .....

Nome *Cognome*

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

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

Valutazione globale dell'attività di malattia (medico) (0-100)	|_____|
Valutazione globale dello stato di salute (genitori-paziente) (0-100)	|_____|
Questionario CHAQ (0-3)	|_____|
Numero di articolazioni con artrite attiva (0-71)	|_____|
Numero di articolazioni con limitazione funzionale (0-67)	|_____|
VES mm/prima ora	|_____|

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

Enbrel: posologia_____

Sospensione della Terapia:

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

Data

Medico prescrittore .....
Nome *Cognome*