

## Checkliste zur Therapie mit Januskinase-Inhibitoren (JAKi)

Patient/in (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Rheumatische Erkrankung: \_\_\_\_\_

> Folgende Punkte sollten vor Neubeginn oder Fortsetzung einer Therapie mit JAKi berücksichtigt werden  
(Zutreffendes bitte ankreuzen):

### Relevante Risikofaktoren für eine schwerwiegende Nebenwirkung:

> Sind aktuell oder anamnestisch folgende Erkrankungen oder Risiken bekannt?

Risikofaktor	ja	nein
Alter 65 Jahre oder älter		
Kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. KHK, Myokardinfarkt, Hirninfarkt)		
Medikamentös unzureichend behandelte kardiovaskuläre Risikofaktoren (z. B. art. Hypertonie, Hyperlipoproteinämie, Diab. mellitus)		
Bestehende oder frühere maligne Erkrankung (z. B. Karzinom, malignes Lymphom)		
Aktiver Raucher oder Ex-Langzeitraucher		
Thrombembolie (TVT, Lungenembolie) oder Thrombophilie		

> Sollte keiner der genannten Risikofaktoren vorliegen, können JAKi im Rahmen der Zulassung uneingeschränkt verordnet werden.

> Liegt einer der o.g. Risikofaktoren vor, sollten JAKi nur bei Fehlen einer geeigneten Behandlungsalternative verordnet werden.

### Behandlungsalternativen:

DMARD	sinnvoll, möglich	unverträglich/ unwirksam*	kontraindiziert/ nicht zugelassen**
csDMARDs (z. B. MTX, Leflunomid)			
TNF Inhibitoren			
Anakinra			
IL-6 Rezeptorantagonisten			
IL-17 Inhibitoren			
IL-(12/ ) 23 Inhibitoren			
Abatacept			
Rituximab			

\* Medikamente dieser Gruppe wurden bereits angewendet und waren unverträglich und/oder nicht ausreichend wirksam oder werden als unzureichend wirksam eingeschätzt.

\*\* Medikamente dieser Gruppe sind zur Behandlung der vorliegenden Erkrankung nicht zugelassen, nur in Kombination mit Methotrexat zugelassen, welches unverträglich/kontraindiziert ist, oder aufgrund von Komorbiditäten kontraindiziert bzw. ungeeignet.

- Die Patientin/der Patient lehnt eine mögliche Therapiealternative ab.
- Die Patientin/der Patient wurde über die Behandlung mit JAKi, insbesondere über mögliche Risiken, aufgeklärt und ist mit dem Beginn bzw. der Fortsetzung der Therapie einverstanden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

fakultativ:

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_ Unterschrift Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_