

**Limitatio:** Limitazione con scadenza al 31.10.2025. Dopo garanzia di assunzione delle spese da parte dell'assicurazione malattia, previa consultazione del medico di fiducia. ERLEADA è rimborsato in combinazione con terapia di deprivazione androgenica (ADT) per il trattamento di pazienti adulti con carcinoma prostatico metastatico ormono-sensibile (mHSPC). Vedi anche [ES](#).

**Dati personali del paziente:**

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>	Data di nasc.:	<input type="text"/>
Via:	<input type="text"/>	Altre informazioni sull'indirizzo: <input type="text"/>			
NPA:	<input type="text"/>	Luogo: <input type="text"/>			

**Assicurazione malattia:**

<input type="text"/>	Nr. assicurato:	<input type="text"/>
Indirizzo assicurato (VAD o medico di fiducia): <input type="text"/>	Altre informazioni sull'indirizzo: <input type="text"/>	
NPA:	<input type="text"/>	Luogo: <input type="text"/>

**Dati medici (destinati esclusivamente al medico di fiducia):**

Il paziente presenta un carcinoma prostatico metastatico ormono-sensibile (mHSPC).

Inizio previsto del trattamento con ERLEADA (MM/AAAA):

Dati relativi alle condizione attuale:

Note, integrazione:

**Medico:**

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>		
Via:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>	Luogo:	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Per gli ospedali, nome dell'ospedale:	<input type="text"/>	Reparto:	<input type="text"/>		
Data:	<input type="text"/>				