

# Adcetris® (Brentuximab Vedotin)

Richiesta di copertura dei costi all'attenzione del medico di fiducia.

## Limitatio (estratto)

Per tutte le indicazioni con obbligo di remunerazione si applica:

I trattamenti richiedono la garanzia di pagamento da parte dell'assicuratore malattia sulla base della valutazione del medico di fiducia.

Il medico curante si impegna a registrare costantemente i necessari dati per tutte le indicazioni rimborsate nell'apposito strumento online del registro, consultabile su <http://www.lymphomaregistry.ch>. Deve essere disponibile il consenso scritto del paziente. Occorre registrare i seguenti dati:

1) All'inizio della terapia: anno di nascita, sesso, peso dei pazienti e indicazione (HL (stadio IV), rrHL, PTCL, rrsALCL, CTCL) nonché terapie precedenti per rrHL, rrsALCL o CTCL. Al CTCL e PTCL è necessario registrare l'istologia del CTCL o del PTCL e il valore di espressione del CD30. Al CTCL, se non è stata effettuata una terapia precedente con metotrexato, è necessario indicarne il motivo.

2) Data di applicazione, dosaggio e numero di fiale di Adcetris utilizzate per ciclo, terapie supplementari, e data di conclusione della terapia. Al termine della terapia, deve esserne indicato il motivo.

**Linfoma cutaneo a cellule T (CTCL), monoterapia (con modello di prezzo).** Limitazione con scadenza al 30.11.2026

Consultare le limitazioni complete nelle specialità ([www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch)).

All'assicuratore malattie deve essere inviato il seguente codice: **19989.05**

## Informazioni personali del paziente/della paziente:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Sesso:

♀  ♂

Via:

Complemento dell'indirizzo:

CAP:

Città:

Cassa malati:

Numero della cassa malati:

Indirizzo Assicurazione (Servizio del medico di fiducia (MF) o MF):

Complemento dell'indirizzo:

CAP:

Città:

## Dati medici

Il paziente adulto ( $\geq 18$  anni) è affetto da un linfoma cutaneo T CD30+.

Diagnosi effettuata (MM/AAA):

Stadio

Progressione sotto trattamento sistemico

Non sono adatti per un altro trattamento sistemico

Descrizione dell'indicazione pertinente (terapia sistemica precedente o giustificazione dell'impossibilità di considerare un'altra terapia sistemica):

## Terapia prevista con Adcetris® secondo le informazioni professionali.

Infusione endovenosa di 30 min, dose di 1,8 mg/kg ogni 3 settimane. Se il peso corporeo è  $>100$  kg, applicare la dose calcolata per 100 kg. I pazienti LCCT possono ricevere fino a 16 cicli di trattamento. Quantità per ciclo di Adcetris® = peso corporeo del paziente x 1,8 mg.

Peso del paziente (kg):

Dose necessaria (mg):

Numero di flaconi necessari (50 mg) per ciclo:

Osservazioni/Complementi:

**Medico che formula la richiesta:**

Cognome:

Nome:

Via:

CAP:

Città:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Esercita presso l'ospedale, aggiungere il nome dell'ospedale:

Dipartimento:

Data: