

Darzalex® (Daratumumab)

Terapia oncologica, richieste urgenti

Limitatio: Dopo garanzia di assunzione delle spese da parte dell'assicurazione malattia, previa consultazione del medico di fiducia. Soltanto fino alla progressione della malattia. Soltanto come monoterapia per il trattamento dei pazienti refrattari all'ultima terapia in quarta linea del mieloma multiplo, nei pazienti che abbiano ricevuto almeno 3 linee terapeutiche precedenti, compresi >1 inibitore del proteasoma (PI) e >1 principio attivo immunomodulatore (IMiD) o che presentavano doppia refrattarietà a >1 PI e a IMiD e che non siano stati ancora mai trattati con Darzalex. La garanzia di assunzione delle spese sarà valida inizialmente per 4 settimane e sarà prolungata dall'assicurazione malattia soltanto nel caso in cui il medico curante, dopo 4 settimane, avrà riferito all'assicurazione malattia che la terapia sarà proseguita. In questo caso il prolungamento della garanzia di assunzione delle spese va concesso senza richiedere ulteriori documenti. Se la terapia non sarà proseguita dopo 4 settimane, Janssen-Cilag AG, su richiesta dell'assicurazione malattia presso la quale la persona interessata era assicurata al momento dell'acquisto, rimborserà i costi delle confezioni / quantità di DARZALEX consegnate fino a quel momento. L'IVA non potrà essere richiesta insieme a questa somma. La richiesta di rimborso, di regola, dovrà avvenire entro 6 mesi.

Dati personali del/della paziente:

Cognome:

Nome:

Data di nascita

sesto:

♀

♂

Via:

Dati aggiuntivi per l'indirizzo:

CAP:

Località:

Peso (kg):

Assicuratore malattia:

N. assicurato:

Indirizzo assicuratore (serv. sanitario competente o medico-fid.):

Dati aggiuntivi per l'indirizzo:

CAP:

Località:

Dati medici (destinati esclusivamente al medico di fiducia):

La paziente/il paziente è affetto da mieloma multiplo

Per quello che riguarda le terapie precedenti: Darzalex è indicato per il trattamento di pazienti affetti da mieloma multiplo che abbiano ricevuto almeno tre linee terapeutiche precedenti, compresi >1 inibitore del proteasoma (PI) e >1 principio attivo immunomodulatore (IMiD) o che risultavano doppiamente refrattari a >1 PI e ImiD. La preghiamo di descrivere le terapie precedenti di conseguenza.

1. Terapia

2. Terapia:

3. Terapia:

Evoluzione della malattia e stato attuale della terapia, comprensivo di ulteriori osservazioni/commenti

Per la terapia con Darzalex (dose standard: 16 mg/kg di peso corporeo)

Numero di confezioni necessarie per infusione

da 100mg

da 400mg

Medico richiedente:

Cognome:

Nome:

Via:

Dati aggiuntivi per l'indirizzo:

CAP:

Località:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

In caso di ospedale, nome dell'istituzione:

Divisione:

Data:

Timbro/firma:.....