

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:			
NPA:	<input type="text"/>	Luogo:			

Assicurazione malattia:

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