

**Limitatio:** Limitazione con scadenza al 31.10.2028. 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:

Nome:

Data di nasc.:

Via:

Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA:

Luogo:

**Assicurazione malattia:**

Nr. assicurato:

Indirizzo assicurato (VAD o medico di fiducia):

Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA:

Luogo:

**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:

Nome:

Via:

NPA:

Luogo:

Tel.

Fax:

E-mail:

Per gli ospedali, nome dell'ospedale:

Reparto:

Data: