

ERLEADA® (Apalutamid)**Richiesta di garanzia di assunzione dei costi alla c.a. del medico di fiducia**

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: