

Rybrevant® (Amivantamab)

Richiesta urgente per un trattamento antitumorale

Domanda di garanzia di assunzione dei costi all'attenzione del medico di fiducia

Indicazione: Terapia combinata 2L NSCLC con delezioni dell'esone 19 dell'EGFR o mutazioni sostitutive L858R dell'esone 21

Limitatio (estratto): Limitazione con scadenza al 31.12.2026

Amivantamab è rimborsato in combinazione con pemetrexed e carboplatino per il trattamento di pazienti adulti con NSCLC non squamoso localmente avanzato o metastatico con delezioni dell'esone 19 dell'EGFR o mutazioni sostitutive L858R dell'esone 21, nei quali la malattia è progredita durante o dopo un trattamento con Osimertinib.

Il seguente codice di indicazione deve essere trasmesso all'assicurazione malattie: **21390.02**

Dati del/della paziente:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Sesso:

☐ ♀ ☐ ♂

Via:

Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA:

Località:

Assicuratore:

N. assicurato:

Indirizzo dell'assicuratore:

Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA:

Località:

Dati medici:

☐

Il paziente soffre di NSCLC non squamoso localmente avanzato o metastatico con delezioni dell'esone 19 dell'EGFR o mutazioni sostitutive L858R dell'esone 21.

☐

Progressione della malattia durante o dopo il trattamento con Osimertinib.

☐

È prevista una terapia combinata con carboplatino e pemetrexed.

Breve riassunto della terapia seguita finora:

Osservazioni, puntualizzazioni:

Inizio desiderato della terapia con Rybrevant® (MM/JJJJ):

Medico richiedente:

Cognome:

Nome:

Via:

NPA:

Località:

Tel.

Fax:

E-Mail:

Per gli ospedali, nome dell'ospedale:

Reparto:

Data: