

Rybrevant® (Amivantamab)

Richiesta urgente per un trattamento antitumorale

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

Solo per l'indicazione terapia combinata 1L NSCLC inserzione dell'esone 20 di EGFR

Limitatio (estratto): Limitazione con scadenza al 31.03.2027

Amivantamab è rimborsato in combinazione con pemetrexed e carboplatino per il trattamento di prima linea di pazienti adulti affetti da NSCLC non squamoso localmente avanzato o metastatico con mutazioni da inserzione attivanti dell'esone 20 del recettore del fattore di crescita epidermico (EGFR).

Il seguente codice di indicazione deve essere trasmesso all'assicurazione malattie: **21390.03**

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 / la paziente soffre di NSCLC non squamoso localmente avanzato o metastatico con mutazioni da inserzione attivanti dell'esone 20 del gene del recettore del fattore di crescita epidermico (EGFR).
- ☐ Si tratta di un trattamento di prima linea.
- ☐ Viene effettuata una terapia combinata con Carboplatino e Pemetrexed.

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: