

Tabrecta® (Capmatinib)

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

Limitatio (estratto): Limitazione con scadenza al 31.03.2023

Dopo garanzia di assunzione delle spese da parte della cassa malattia previa consultazione del medico di fiducia. La garanzia di assunzione delle spese deve includere il seguente codice di indicazione: 21282.01

TABRECTA è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) avanzato o metastatico con mutazione associata allo skipping dell'esone 14 di MET. L'uso in mutazioni driver oncogeniche aggiuntive, comprese le aberrazioni tumorali di EGFR o ALK, non sarà rimborsato. Il trattamento proseguirà fino alla progressione della malattia.

Una sostituzione all'interno degli inibitori di MET sarà rimborsata solo in caso di controindicazioni o intolleranza.

Dati personali della paziente:

Cognome: Nome: Data di nasc.:

Sesso: ♀ ♂ Via: altre informazioni sull'indirizzo:

NPA: Località:

Assicuratore: N° assicurato/-a:

Indirizzo dell'assicuratore (SMF o medico di fiducia): altre informazioni sull'indirizzo:

NPA: Località:

Dati medici (destinati esclusivamente al medico di fiducia):

Il paziente ha un carcinoma polmonare metastatico non a piccole cellule (NSCLC) con mutazione associata allo skipping dell'esone 14 di MET confermata da un test validato.

Descrizione di ulteriori diagnosi rilevanti, nonché di eventuali trattamenti precedenti e delle condizioni cliniche attuali (condizioni generali, disturbi, carico tumorale, stato di progressione):

Osservazioni, puntualizzazioni:

Medico richiedente:

Cognome: Nome:

Via: altre informazioni sull'indirizzo:

NPA: Luogo: Tel.:

Fax: E-Mail:

Affiliazione, ad es. nome dell'ospedale: Reparto:

Data: