

# XTANDI™ (enzalutamide)

## Richiesta di garanzia di assunzione dei costi alla c.a. del medico di fiducia

**Limitazione (estratto):** In seguito alla garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore malattie previa consultazione del medico di fiducia.

- XTANDI viene rimborsato in combinazione con agonisti dell'LHRH per il trattamento di uomini affetti da carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione (CRPC) con decorso asintomatico o lievemente sintomatico dopo il fallimento della terapia di deprivazione androgenica e nei quali la chemioterapia non sia ancora clinicamente indicata. Il seguente codice deve essere trasmesso all'assicuratore: 21000.01
- XTANDI viene rimborsato in combinazione con agonisti dell'LHRH per il trattamento di uomini affetti da carcinoma prostatico metastatico resistente alla castrazione in caso di progressione durante o dopo la terapia con docetaxel. Il seguente codice deve essere trasmesso all'assicuratore: 21000.02
- XTANDI viene rimborsato in combinazione con una terapia di deprivazione androgenica (ADT) per il trattamento di uomini affetti da carcinoma prostatico metastatico ormono-sensibile (mHSPC). Il seguente codice deve essere trasmesso all'assicuratore: 21000.03

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 (o medico di fiducia):

Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA:

Luogo:

### Dati medici (destinati esclusivamente al medico di fiducia):

Il trattamento avviene in combinazione con la seguente terapia di deprivazione androgenica (ADT):

Informazioni sulla diagnosi e sul trattamento precedente:

Per il trattamento pianificato con il codice d'indicazione (vedi Limitazione):

21000.01

21000.02

21000.03

### Medico:

Cognome:

Nome:

Via:

NPA:

Luogo:

Tel.

Fax:

E-mail:

Per gli ospedali, nome dell'ospedale:

Reparto:

Data: