

SCHEDA DI PRESCRIZIONE OSPEDALIERA MEDICINALE EVEROLIMUS

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri autorizzati o specialisti oncologo, gastroenterologo, internista ed endocrinologo; prima prescrizione e rinnovi della durata massima di 6 mesi)

Centro prescrittore _____	
Medico prescrittore (cognome, nome) _____	
Tel. _____	e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____	
Data di nascita _____	sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Comune di nascita _____	Etereo <input type="checkbox"/>
Codice fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Residente a _____	Tel. _____
Regione _____	ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____	

Indicazione rimborsata SSN:

- Tumori neuroendocrini di origine gastrointestinale o polmonare**
 Everolimus è indicato per il trattamento di tumori neuroendocrini di origine gastrointestinale o polmonare, ben differenziati (Grado 1 o Grado 2), non funzionanti, non operabili o metastatici, in progressione di malattia, negli adulti (vedere paragrafi 4.4 e 5.1).
Everolimus non è rimborsato nelle localizzazioni primitive ileali nelle quali il farmaco non ha mostrato alcun vantaggio rispetto al placebo (studio RADIANT-4).

Prescrizione Everolimus

Dosaggio*: _____ mg/die

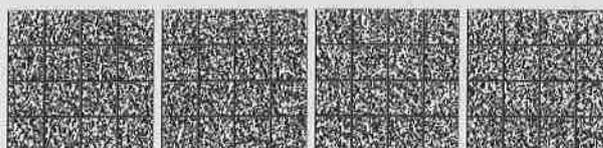
Durata della prescrizione (max 6 mesi): _____ mesi

*da RCP, par. 4.2

- La dose raccomandata di everolimus è di 10 mg una volta al giorno.
- Il trattamento deve continuare fino a quando si osserva un beneficio clinico o finché non compaia tossicità inaccettabile.
- La gestione di sospette reazioni avverse gravi e/o intollerabili può richiedere una riduzione della dose e/o una temporanea interruzione di everolimus.
- Fare riferimento al paragrafo 4.2 RCP per gli aggiustamenti di dose in caso di reazioni avverse (tabella 1) e di categorie speciali di pazienti.

Specificare se si tratta di:

- Prima prescrizione



prosecuzione di terapia**NOTA BENE**

Il clinico deve prendere visione delle controindicazioni e precauzioni d'impiego riportate in RCP (cfr. par. 4.3-4.4-4.5-4.6-4.7). Si rimanda a RCP per posologia e modo di somministrazione (cfr. par. 4.2).

Data _____

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore

