



SCHEDA CARTACEA PER LA PRESCRIZIONE DI REVESTIVE(teduglutide) PER IL TRATTAMENTO DELLA SINDROME DELL'INTESTINO CORTO(SBS)

Da compilare, ai fini della rimborsabilità SSN, a cura dei soli centri ospedalieri specialisti individuati dalle Regioni e dalle Provincie autonome di Trento e Bolzano (specialisti gastroenterologo)

Da rinnovare ogni 6 mesi dalla dati di compilazione.

Centro Prescrittore

Medico Prescrittore\*

Telefono\*

E-Mail

Codice fiscale

Cognome nome

Data nascita

Esenzione

Sesso

☒ Maschio

☐ Femmina

Asl Residenza

Residenza

MMG

Peso(Kg)

H(cm)

Indicazione rimborsata SSN

Trattamento di pazienti adulti affetti da sindrome dell'intestino corto (SBS). I pazienti devono essere in condizioni stabili dopo fallimento delle terapie riabilitative intestinali convenzionali e dopo un periodo di adattamento dell'intestino a seguito del più recente intervento di resezione intestinale [nel rispetto delle tempistiche riportate nella tabella sottostante, correlate alle caratteristiche del paziente, salvo i casi in cui il paziente non possa continuare la nutrizione parenterale con possibile rischio di vita].

Il paziente non presenta:

☐ Patologia maligna attiva o sospetta

☐ Anamnesi di patologie maligne nel tratto gastrointestinale, inclusi sistema eaptobiliare ed il pancreas, negli ultimi cinque anni

(devono essere indicate entrambe le condizioni sopra specificate)

Caratteristiche del paziente, durata del trattamento post-operatorio e del trattamento per definirne l'efficacia				
Tipo di SBS	Lunghezza tenue del Treitz (cm) <sup>a</sup>	Presenza di valvola ileo-cecale, colon residuo % <sup>b</sup>	Adattamento (mesi) <sup>c</sup>	Trattamento (mesi) <sup>d</sup>
SBS tipo 1, digiunostomia	<75	NO,0	○ 0-6	6
	75-99	NO,0	○ 6-12	
	≥100	NO,0	○ 12-24	
SBS tipo 2, digiuno-colon anastomosi	<65	NO,<57	○ 24	6-12
	65-100	NO,<57	○ 24	
	>100	NO,<57	○ 24-36	
	<65	NO,≥57	○ 24	12
	65-100	NO,≥57	○ 36	
	>100	NO,≥57	○ 36-48	
SBS tipo 3, digiuno-ileo anastomosi	30	SI,100	○ 36-48	12
	31-65	SI,100	○ 24-36	
	>65	SI,100	○ 24	
<input type="checkbox"/> Il paziente non può continuare la nutrizione parentale con possibile rischio di vita				
<div><div><sup>a</sup>Documentata nel registro operatorio o radiologicamente</div><div><sup>b</sup>Secondo Cummingd et al, Lancet 1973;1:344-7</div><div><sup>c</sup>Tempo dell'intervento necessario per l'adattamento spontaneo prima di iniziare il trattamento con teduglutide; <b>indicare solo una delle tempistiche specificate in base alle caratteristiche del paziente alla prima prescrizione</b></div><div><sup>d</sup>Durata del trattamento prima di definire efficacia/fallimento (considerare attentamente se sia utile proseguire la terapia se non è stata osservata una rifuzione di almeno 20% del volume di NP rispetto al basale</div></div>				

## PROGRAMMA TERAPEUTICO

Prescrizione REVESTIVE(teduglutide)

Dosaggio

Numero di flaconcini

☒ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura\*

Durata trattamento

☐ Giorni

☒ Mesi

Data Decorrenza

16/06/2021

Data Termine

16/06/2022

**Paziente con insufficienza renale:**moderata e severa e con malattia renale allo stadio terminale, la dose giornaliera deve essere ridotta del 50% (cfr. RCP, par.5.2)

**Paziente con insufficienza epatica:**Revestive non è stato studiato in pazienti con compromissione epatica severa (cfr. RCP, par. 4.4-5.2).

**\*Prosecuzione di terapia:** *il Piano terapeutico potrà essere rinnovato in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore; se non è stata osservata una riduzione di almeno il 20% del volume di NP rispetto al basale considerare se sia utile proseguire la 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).