



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

Id. Piano 750058614

SCHEMA DI PRESCRIZIONE OSPEDALIERA MEDICINALE AFINITOR (everolimus)

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

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

Codice fiscale		Cognome nome	
Data nascita		Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza		Residenza	
Tel.		MMG	

Indicazione rimborsata SSN:

☒ Tumori neuroendocrini di origine gastrointestinale o polmonare

Afinitor 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).

Afinitor non è rimborsato nelle localizzazioni primitive ileali nelle quali il farmaco non ha mostrato alcun vantaggio rispetto al placebo (studio RADIANT-4).

Prescrizione AFINITOR (everolimus)

Dosaggio*

Durata della prescrizione (max 6 mesi): mesi

☒ Prima prescrizione

☐ Prosecuzione cura

* 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 Afinitor.
- 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.

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 Emissione

15/03/2022

Data Termine

15/04/2022