



MODULO DI RICHIESTA MOTIVATA PERSONALIZZATA
PER L' UTILIZZO IN DEROGA DI RITUXIMAB ORIGINATOR (MABTHERA) O DI
ALTRO BIOSIMILARE NON VINCITORE DELL'ACCORDO QUADRO REGIONALE

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Telefono		E-Mail	

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

MOTIVAZIONE CLINICA CHE GIUSTIFICA L'UTILIZZO DELLA SCELTA A MAGGIOR COSTO IN DEROGA AL FARMACO BIOSIMILARE PRIMO VINCITORE DELL' ACCORDO QUADRO REGIONALE
inserire i dati richiesti e barrare l'indicazione

☐ utilizzo di altro Biosimilare diverso dal 1° Vincitore dell'Accordo Quadro Regionale (specificare obbligatoriamente la motivazione clinica che giustifichi la scelta in deroga a maggior costo):

☐ continuità terapeutica per paziente già in trattamento (sia con Originator che con altro Biosimilare diverso dal 1° Vincitore dell'Accordo Quadro Regionale)

☐ utilizzo della **formulazione sottocute del farmaco Originator per pazienti *naïve*** (specificare obbligatoriamente la motivazione clinica che giustifichi la scelta in deroga a maggior costo):

Indicazione Terapeutica	
LINFOMA NON-HODGKIN (LNH)	
<input type="checkbox"/>	Trattamento di pazienti affetti da Linfoma Follicolare al III-IV stadio precedentemente non trattati, in associazione con chemioterapia
<input type="checkbox"/>	Terapia di mantenimento per il trattamento di pazienti con linfoma follicolare che rispondono a terapia di induzione.
<input type="checkbox"/>	In monoterapia per il trattamento di pazienti con Linfoma Follicolare al III-IV stadio che sono chemio resistenti o che sono alla loro seconda o successiva ricaduta dopo chemioterapia (indicazione autorizzata in scheda tecnica solo per la formulazione endovena ma non per quella sottocutanea)
<input type="checkbox"/>	Trattamento di pazienti affetti da linfoma non-Hodgkin, CD20 positivo, diffuso a grandi cellule B, in associazione con chemioterapia CHOP (ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina, prednisone).
LEUCEMIA LINFATICA CRONICA -LLC- (indicazione autorizzata solo per formulazione endovena ma non per quella sottocutanea)	
<input type="checkbox"/>	In associazione a chemioterapia per il trattamento di pazienti con Leucemia Linfatica Cronica (LLC) precedentemente non trattata e recidiva/refrattaria (n.b. sono disponibili solo dati limitati sull'efficacia e la sicurezza per pazienti precedentemente trattati con anticorpi monoclonali, incluso Mabthera, o per pazienti refrattari ad un trattamento precedente con Mabthera più chemioterapia.)
ARTRITE REUMATOIDE (AR) (indicazione autorizzata solo per formulazione endovena ma non per quella sottocutanea)	
<input type="checkbox"/>	In associazione a Metotrexato è indicato per il trattamento dell'Artrite Reumatoide attiva di grado severo in pazienti adulti che hanno mostrato un'inadeguata risposta o un'intolleranza ad altri farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDS), comprendenti uno o più inibitori del fattore di necrosi tumorale (TNF).
GRANULOMATOSI CON POLIANGITE E POLIANGITE MICROSCOPICA (indicazione autorizzata solo per formulazione endovena ma non per quella sottocutanea)	
<input type="checkbox"/>	In associazione con glucocorticoidi per il trattamento di pazienti adulti con granulomatosi con poliangite (di Wegener) (GPA) e poliangite microscopica (MPA) attiva di grado severo.

Farmaco	<input type="text" value="I"/>		
Dosaggio	<input type="text"/>		
Durata trattamento	<input type="checkbox"/> Giorni <input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Mesi <input type="text" value="1"/>	Data Termine <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione	<input type="checkbox"/> Prosecuzione cura		
Data Decorrenza	<input type="text"/>		