

# Abraxane® (nab-Paclitaxel)

# terapi oncologiche, richiesta urgente

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

### Trattamento del carcinoma mammario metastatico

**Limitatio:** Dopo previa autorizzazione di rimborso dei costi da parte dell'assicurazione malattie previa consultazione del medico di fiducia. Trattamento del carcinoma mammario metastatico dopo fallimento di precedente chemioterapia o con recidiva entro 6 mesi da chemioterapia adiuvante. Nella terapia preliminare doveva essere contenuta una antraciclina, a meno che non vi fosse una controindicazione. La terapia deve essere somministrata come monoterapia. Non è possibile una combinazione con medicinali biologici o terapia antiormonale. Abraxane non deve essere utilizzato in alternativa ad altre formulazioni di paclitaxel, a meno che il trattamento con tali altre formulazioni non sia adatto.

#### Dati personali del/della paziente:

Cognome:  Nome:  Data di nascita

sesto:  ♀  ♂ Via:  Dati aggiuntivi per l'indirizzo:

CAP:  Località:

Assicuratore malattia:  N. assicurato.:

Indirizzo assicuratore (serv. sanitario competente o medico-fid.):  Dati aggiuntivi per l'indirizzo:

CAP:  Località:

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

Abraxane® per il trattamento del tumore metastatico della mammella

- dopo fallimento della chemioterapia oppure  
 dopo recidiva insorta entro 6 mesi dalla chemioterapia adiuvante:

Descrizione della chemioterapia precedente o della chemioterapia adiuvante:

In relazione alla terapia effettuata finora: quest' ultima includeva antraciclina?  Si  No

In caso negativo: perché no?

Abraxane® viene somministrata con un medicamento biologico o una terapia anti-ormonale?  Si  No

Altre formulazioni con paclitaxel non sono adatte a causa di:

**Medico richiedente:**

Cognome:

Nome:

Via:

Dati aggiuntivi per l'indirizzo:

CAP:

Località:

Tel.:

Fax:

E-mail:

In caso di ospedale, nome dell'istituzione:

Divisione:

Data:

Timbro/firma:.....