

Rybrevant® (Amivantamab) et Lazcluze® (Lazertinib) Richiesta urgente per un trattamento antitumorale

Domanda di garanzia di assunzione dei costi all'attenzione del medico di fiducia

Solo per indicazione: 1L NSCLC (in combinazione con lazertinib)

Limitatio Rybrevant (estratto): Limitazione con scadenza al 30.09.2027

Amivantamab è rimborsato in combinazione con lazertinib per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) non squamoso localmente avanzato o metastatico con delezioni dell'esone 19 o mutazioni di sostituzione L858R dell'esone 21 del recettore del fattore di crescita epidermico (EGFR). Amivantamab in combinazione con lazertinib non è rimborsato in caso di una terapia precedente con un TKI nella stessa indicazione.

Il seguente codice di indicazione deve essere trasmesso all'assicurazione malattie: **21390.04**

Limitatio Lazcluze (estratto): Limitazione con scadenza al 30.09.2027

Lazertinib è rimborsato in combinazione con amivantamab per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) non squamoso localmente avanzato o metastatico con delezioni dell'esone 19 o mutazioni di sostituzione L858R dell'esone 21 del recettore del fattore di crescita epidermico (EGFR). Lazertinib in combinazione con amivantamab non è rimborsato in caso di precedente trattamento con un TKI nella stessa indicazione.

Il seguente codice di indicazione deve essere trasmesso all'assicurazione malattie: **21934.01**

Dati del/della paziente:

Cognome:	Nome:		Data di nascita:
Sesso :	Via:	Altre informazioni sull'indirizzo:	
☐ ♀ ☐ ♂			
NPA:	Località:		
Assicuratore:	N. assicurato:		
Indirizzo dell'assicuratore:	Altre informazioni sull'indirizzo:		
NPA:	Località:		

Dati medici:

- ☐ Il paziente è affetto da NSCLC non epiteliale localmente avanzato o metastatico con delezioni dell'esone 19 o mutazioni sostitutive L858R dell'esone 21 del recettore del fattore di crescita epidermico (EGFR).
- ☐ Si tratta di un trattamento di prima linea.
- ☐ Viene eseguita una terapia combinata con Rybrevant® e Lazcluze®.

Osservazioni, puntualizzazioni:

Inizio desiderato della terapia con Rybrevant® et Lazcluze® (MM/JJJJ):

Medico richiedente:

Cognome:	Nome:	
Via:	NPA:	Località:
Tel.:	Fax:	E-Mail:
Per gli ospedali, nome dell'ospedale:	Reparto:	
Data:		