

XTANDI™ (enzalutamide)

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

Indicazione di Swissmedic (estratto): In combinazione con gli agonisti dell'LHRH (ormone di rilascio delle gonadotropine), per il trattamento di uomini con carcinoma prostatico non metastatico resistente alla castrazione, nei quali sussiste un elevato rischio di sviluppo di metastasi (in particolare PSADT ≤ 10 mesi, v. Efficacia clinica). ([Swissmedicinfo](#)).

Dati personali del/della paziente:

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>	Data di nasc.:	<input type="text"/>
Via:	<input type="text"/>	Altre informazioni sull'indirizzo:			
NPA:	<input type="text"/>	Luogo:			
Assicurazione malattia:		Nr. assicurato::			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Indirizzo assicurato (o medico di fiducia):		Recapito:			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
NPA:	<input type="text"/>	Luogo:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Dati medici (destinati esclusivamente al medico di fiducia):

Il paziente presenta un carcinoma prostatico non metastatico resistente alla castrazione con un alto rischio di sviluppo di metastasi.

Il trattamento viene somministrato in combinazione con un agonista dell'LHRH? Sì No

Se sì, con il seguente agonista dell'LHRH:

Motivi per cui sussiste un alto rischio di sviluppo di metastasi e giustificazione della scelta di XTANDI™ per la terapia: (si prega di allegare anche la letteratura pertinente):

Medico richiedente:

Cognome:	<input type="text"/>	Nome:	<input type="text"/>
Via:	<input type="text"/>	NPA:	<input type="text"/>
		Luogo:	
Tel.	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/>
		E-Mail:	
		<input type="text"/>	
se in ospedale, nome dell'ospedale:		Clinica o reparto:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data:	<input type="text"/>		