

Limitatio: Venclyxto è indicato **in combinazione con rituximab** per il trattamento della leucemia linfatica cronica (LLC) in pazienti adulti sottoposti ad almeno una precedente terapia. Il trattamento (incluso un massimo di 6 cicli di rituximab) viene rimborsato per max. 24 mesi + 5 settimane (durata della terapia secondo l'informazione professionale). Non saranno rimborsate ulteriori terapie con medicinali anti-LLC fino a quando non si verifica la progressione della malattia.

Limitazione con scadenza al 31.10.2023 (estratto): **Come monoterapia** per il trattamento di pazienti adulti affetti da leucemia linfatica cronica (LLC), che hanno una delezione 17p o una mutazione TP53 e che hanno mostrato un fallimento del trattamento in corso con un inibitore della via di segnalazione del recettore delle cellule B. Il trattamento viene rimborsato fino a comparsa di una progressione della malattia o di tossicità inaccettabile. **In entrambi i casi: Il trattamento necessita di garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie**, previa consultazione del medico fiduciario. Vedi anche [ES](#).

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):

- Si tratta di una leucemia linfatica cronica. Terapia programmata:
- A:** Venclyxto come **terapia di combinazione** con rituximab

Se pertinente (terapia combinata): indicazioni sul trattamento precedente: medicamento (principio attivo), efficacia o intolleranza:

- B:** Venclyxto come **monoterapia**
- Paziente con delezione 17p o mutazione di TP53
- Paziente che ha mostrato un fallimento terapeutico dopo il trattamento con un inibitore della via di segnalazione del recettore delle cellule B (BCRi)

Indicazione del BCRi con il quale è stato osservato il fallimento terapeutico:

Stato attuale, integrazioni:

Medico richiedente:

Cognome: Nome:

Via: CAP: Località:

Tel. Fax: E-Mail:

In caso di ospedale, nome dell'istituzione: Divisione:

Data: