

**Dati personali della paziente:**

Cognome:

Nome

Data di nasc.:

Via:

Supplemento indirizzo:

NPA:

Località:

**Assicuratore malattie:**

nr. assicurato:

Indirizzo assicurato (SMF o medico di fiducia):

Supplemento:

NPA:

Località:

**Dati sanitari (destinati esclusivamente al medico di fiducia):**

- La paziente è affetta da un carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico HER2-negativo con accertata o sospetta mutazione germinale del gene BRCA deleteria.
- Non è presente carcinoma mammario di tipo infiammatorio attivo.
- Non è stato effettuato in precedenza alcun trattamento con PARP-inibitori.

La paziente è:

- HR+Her2-  HR-Her2-(tripla negativa)

Data della diagnosi (mese, anno):

Se la paziente è affetta da un carcinoma mammario **HR-positivo** :

- ha presentato una progressione durante una precedente terapia endocrina
- non era eleggibile per la terapia endocrina. Motivo:

Precedente trattamento con un taxano ed/o antraciclina:

Quale medicamento (incl. cicli)?

da (MM/AAAA)

a (MM/AAAA)

Annotazioni sull'effetto:

- Trattamento non effettuato a causa delle seguenti controindicazioni:

Altre chemioterapie precedenti:

Quale medicamento (incl. cicli)?

da (MM/AAAA)

a (MM/AAAA)

Annotazioni sull'effetto:

Se la paziente è stata trattata con chemioterapia al platino:

- nel contesto adiuvante o neoadiuvante: assenza di recidive entro 6 mesi dopo l'ultima dose della terapia al platino
- nel contesto localmente avanzato e/o metastatico: assenza di progressione oggettiva

Osservazioni, puntualizzazioni:

**Medico richiedente:**

Specialista in ginecologia

Specialista in oncologia

Cognome:

Nome:

Via:

NPA:

Località:

Tél.

Fax:

E-mail:

In caso di ospedale, anche il nome dell'ospedale:

Reparto:

Data:

**Limitazione (estratto):** Limitazione con scadenza al 31.05.2026

Per la monoterapia di pazienti adulti affetti da carcinoma mammario HER2-negativo, localmente avanzato o metastatico, con accertata o sospetta mutazione germinale del gene BRCA deleteria, solamente sotto prescrizione di un medico specialista in ginecologia o oncologia e con garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattia, nonché dietro previa consultazione del medico di fiducia, alle seguenti condizioni, che devono essere soddisfatte congiuntamente:

- che non sia presente carcinoma mammario di tipo infiammatorio attivo.
- che sia stato eseguito un trattamento precedente con un taxano e/o un'antraciclina nel contesto neoadiuvante, adiuvante o localmente avanzato/ metastatico (eccetto in caso di controindicazione documentata). I pazienti con carcinoma mammario HR positivo devono aver presentato progressione della malattia durante una precedente terapia endocrina, o essere considerati non eleggibili per la terapia endocrina.
- che i pazienti non abbiano ricevuto in precedenza più di tre chemioterapie nel contesto localmente avanzato e/o metastatico.
- che i pazienti che hanno ricevuto una chemioterapia al platino nel contesto adiuvante o neoadiuvante non abbiano avuto ricadute durante i 6 mesi successivi all'ultima somministrazione della terapia al platino. I pazienti non devono aver mostrato progressione oggettiva durante una chemioterapia al platino, che sia stata somministrata in dose standard per il trattamento del carcinoma mammario localmente avanzato o metastatico.
- che non sia stato somministrato in precedenza alcun trattamento con PARP inibitori.

I pazienti dovrebbero essere trattati fino a progressione della malattia. Un trattamento che vada oltre i 24 mesi presuppone la presenza di malattia residua misurabile.