

TRODELVY® (Sacituzumab Govitecan)

Terapia oncologica, domanda urgente

Domanda di garanzia di assunzione dei costi all'attenzione del medico di fiducia Limitazione: www.spzialtaetenliste.ch**Dati personali del/della paziente:**

Cognome: Nome: Data di nascita:

Sesso: ♀ ♂ Via: Altre informazioni sull'indirizzo:

CAP: Località:

Assicuratore malattie: Nr. assicurato:

Indirizzo cassa malati (SMF o medico di fiducia): Altre informazioni sull'indirizzo:

CAP: Località:

Dati sanitari:

- Paziente ha un carcinoma mammario triplo negativo (TNBC) metastatico o localmente avanzato non resecabile.
- Paziente ha ricevuto almeno due terapie precedenti (chemioterapia o terapia mirata a bersaglio molecolare), di cui almeno una chemioterapia (indipendentemente dallo stadio della malattia) e una terapia precedente in stadio metastatico.

Terapie precedenti:

Quale(i) farmaco(i)?	da (MM/AAAA)	a (MM/AAAA)	Annotazioni sull'effetto:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Osservazioni, puntualizzazioni:

Medico richiedente:

Cognome: Nome:

Via: Altre informazioni sull'indirizzo:

CAP: Località: Tel.:

Fax: E-Mail:

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

Data: