

# XOSPATA™ (Gilteritinib)

## Terapia oncologica, domanda urgente

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

**Limitazione (estratto):** Limitazione con scadenza al 31.05.2026. Dopo garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore malattie, previa consultazione del medico di fiducia. Solo per il trattamento di pazienti adulti con leucemia mieloide acuta (LMA) recidivante o refrattaria, che presentano una mutazione della tirosina chinasi-3 FMS simile (FLT3). Solo previa prescrizione da parte di uno specialista in ematologia o oncologia. Il seguente codice deve essere trasmesso all'assicuratore: 21103.01

#### Dati personali del/della paziente:

Cognome:  Nome:  Data di nasc.:

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

NPA:  Luogo:

#### Assicurazione malattia:

Assicurazione malattia:  Nr. assicurato:

Indirizzo assicurato (o medico di fiducia):  Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA:  Luogo:

#### Dati medici:

Il/La paziente è affetto/-a da una LMA refrattaria con mutazione/-i di FLT3  Sì  No

Il/la paziente è affetto/-a da una LMA recidivante con mutazione/-i di FLT3  Sì  No

#### Terapie ad oggi e condizione attuale:

#### Osservazioni, puntualizzazioni:

#### Medico:

Specialista in ematologia  Specialista in oncologia medica

Cognome:  Nome:

Via:  Altre informazioni sull'indirizzo:

NPA:  Luogo:  Tel.:

Fax:  E-Mail:

Per gli ospedali, nome dell'ospedale:  Reparto:

Data: