



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160114 - BA

**PIANO TERAPEUTICO PER LA PRESCRIZIONE DELLA SPECIALITA' GLIVEC
(IMATINIB) PER IL TRATTAMENTO DEI TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI**

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Tel.	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>	
Data nascita	<input type="text" value="02/12/1967"/>	Sesso	<input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina	Peso(Kg) <input type="text"/> H(cm) <input type="text"/>
Asl Residenza	<input type="text" value="160114"/>	Residenza	<input type="text"/>	
Tel.	<input type="text"/>	MMG	<input type="text"/>	

Dose e durata del trattamento	
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	
Farmaco Prescritto (1)	Glivec (Imatinib) Dose/die: <input type="text" value="UNA AL GIORNO"/>
Indicazione:	<p><input type="radio"/> trattamento di pazienti adulti con tumori stromali gastro-intestinale (GIST) maligni non operabili e/o metastatici al Kit (CD 117)</p> <p><input type="radio"/> trattamento adiuvante di pazienti adulti con significativo rischio di recidiva dopo resezione di GIST positivi al Kit (CD 117). I pazienti con rischio di recidiva basso o molto basso non dovrebbero ricevere il trattamento adiuvante</p>

La validità del piano terapeutico è da intendersi per massimo 6 mesi

Data

1. In applicazione dei vincoli di copertura brevettuale del medicinale Glivec® nelle indicazioni relative al trattamento dei tumori stromali gastrointestinali (GIST), per le indicazioni riportate nel presente piano terapeutico lo specialista potrà prescrivere a carico del SSN unicamente il farmaco Glivec® e non il principio attivo imatinib generico. Per tutte le altre indicazioni rimangono invariate le modalità prescrittive già in vigore.