



S.I.S. :REGIONE PUGLIA

ASL: 160113 - BT

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DI
HALAVEN (ERIBULINA) PER IL TRATTAMENTO DEL
LIPOSARCOMA AVANZATO O METASTATICO**

Centro Prescrittore	<input type="text"/>		
Medico Prescrittore	<input type="text"/>		
Telefono	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

Codice fiscale	<input type="text"/>	Cognome nome	<input type="text"/>	
Data nascita	<input type="text"/>	Esenzione	<input type="text"/>	Sesso <input checked="" type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina
Asl Residenza	<input type="text"/>	Residenza	<input type="text"/>	
MMG	<input type="text"/>	Peso(Kg)	<input type="text"/>	H(cm) <input type="text"/>

Indicazione rimborsata SSN

Il trattamento con eribulina è rimborsato a carico del SSN per i pazienti adulti affetti da liposarcomi non resecabili o metastatici **sottoposti ad almeno 2 linee chemioterapiche precedenti**

Il paziente presenta:

☒ Liposarcoma localmente avanzato o metastatico

Il paziente deve aver ricevuto:

☐ Precedente trattamento a base di antracline (o essere inidoneo al trattamento con antracicline)

☒ Almeno 2 linee chemioterapiche precedenti

Il trattamento di Halaven potrà essere rimborsato esclusivamente se verranno soddisfatti tutti i requisiti precedentemente elencati

PROGRAMMA TERAPEUTICO			
Farmaco	Specialità	Superficie Corporea	Dose Totale
ERIBULINA	<input type="text" value="041021015 HALAVEN*0,44 MG/ML"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La dose raccomandata di eribulina come soluzione pronta per l'uso è 1,23 mg/m² da somministrare per via endovenosa nell'arco di 2-5 minuti, i Giorni 1 e 8 di ciascun ciclo di 21 giorni.

☒ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione cura

Data Emissione	<input type="text" value="29/11/2017"/>	Data Termine	<input type="text" value="29/12/2017"/>
----------------	---	--------------	---