



Scheda di monitoraggio per la prescrizione di farmaci a base del principio attivo Imatinib mesilato nelle indicazioni autorizzate in "scheda tecnica" ed ai sensi della "L.648/96"

Centro Prescrittore			
Medico Prescrittore			
Tel.		e-mail	

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

Terapia a base del Principio attivo Imatinib Mesilato	Dose/die:	<input type="text" value="1"/>
---	-----------	--------------------------------

La prescrizione a carico del SSN è limitata alle indicazioni terapeutiche per il trattamento di :

☐ pazienti adulti e pediatrici con leucemia mieloide cronica (LMC) con cromosoma Philadelphia (bcr-abl) positivo (Ph+) di nuova diagnosi, per i quali il trapianto di midollo osseo non è considerato come trattamento di prima linea.

☐ pazienti adulti e pediatrici con LMC Ph+ in fase cronica dopo il fallimento della terapia con interferone-alfa, o in fase accelerata o in crisi blastica.

☐ pazienti adulti e pediatrici con leucemia linfoblastica acuta con cromosoma Philadelphia positivo (LLA Ph+) di nuova diagnosi integrato con chemioterapia.

☐ pazienti adulti con LLA Ph+ recidivante o refrattaria come monoterapia.

☐ pazienti adulti con malattie mielodisplastiche/mieloproliferative (MDS/MPD) associate a riarrangiamenti del gene del recettore per il fattore di crescita di origine piastrinica (PDGFR).

☒ pazienti adulti con sindrome ipereosinofila avanzata (HES) e/o con leucemia eosinofila cronica (LEC) con riarrangiamento FIP1L1-PDGFR.

☐ pazienti adulti con dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP) non resecabile e pazienti adulti con DFSP recidivante e/o metastatico non elegibili per la chirurgia.

Legge n.648/96. Il prescrittore dichiara di aver ottenuto dal paziente il consenso informato al

☐ Trattamento dei neurofibromi plessiformi inoperabili in pazienti affetti da neurofibromatosi di tipo 1 (NF1). (G.U. 15/11/14 n.266)

☐ Trattamento di pazienti con cordomi in fase avanzata di malattia. (G.U. 26.02.2015 n.47)

☐ Trattamento del melanoma ckit mutato (esone 11 o 13), metastatico inoperabile, non trattabile o in progressione con immunoterapia. (G.U. 12/07/2017 n.161)

☐ Terapia della malattia del trapianto contro l'ospite comprensiva dei quadri di bronchiolite.

Durata del trattamento prevista fino al	<input type="text"/>	(per un massimo di 6 mesi)
Altri trattamenti farmacologici in atto:	<input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Prima prescrizione <input type="checkbox"/> Prosecuzione cura	Data della sospensione	<input type="text"/>
* Sospensione del trattamento		
Motivo della sospensione	<input type="text"/>	

* Segnalazione ADRS (Rete nazionale farmacovigilanza)

Data

22/10/2020