

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE PER IL PRINCIPIO ATTIVO ERIBULINA PER IL TRATTAMENTO  
DEL LIPOSARCOMA AVANZATO O METASTATICO**

Centro prescrittore	_____
Medico prescrittore (cognome, nome)	_____
Tel.	_____ E-mail _____

Paziente (cognome, nome)	_____
Data di nascita	_____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita	_____ Estero <input type="checkbox"/>
Codice fiscale	_____
Residente a	_____
Regione	_____ ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di medicina generale	_____

**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.**

<p><b>Il paziente presenta:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Liposarcoma localmente avanzato o metastatico</p> <p><b>Il paziente deve aver ricevuto:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Precedente trattamento a base di antracicline (o essere inidoneo al trattamento con antracicline)</p> <p><input type="checkbox"/> Almeno 2 linee chemioterapiche precedenti.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Il trattamento con eribulina potrà essere rimborsato esclusivamente se verranno soddisfatti tutti i requisiti precedentemente elencati.**

**PROGRAMMA TERAPEUTICO**

Farmaco	Superficie corporea	Dose totale

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

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_

