

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA OSPEDALIERA DI TEDUGLUTIDE PER IL TRATTAMENTO DELLA SINDROME DELL'INTESTINO CORTO (SBS) in età pediatrica (da 1 anno ai 17 anni di età)

Da compilare, ai fini della rimborsabilità SSN, a cura dei soli centri ospedalieri specialistici individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano (specialisti: pediatra e gastroenterologo).

Da rinnovare ogni 6 mesi dalla data di compilazione.

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

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

Indicazione rimborsata SSN in età pediatrica

Teduglutide è indicato per il trattamento di pazienti da 1 anno a 17 anni di età (per età superiori fare riferimento alla scheda di prescrizione per adulti) affetti da sindrome dell'intestino corto (SBS). I pazienti devono essere in condizioni stabili dopo fallimento delle terapie riabilitative intestinali convenzionali e dopo un periodo di adattamento dell'intestino a seguito del più recente intervento di resezione intestinale [nel rispetto delle tempistiche riportate nella tabella sottostante, correlate alle caratteristiche del paziente, salvo i casi in cui il paziente non possa continuare la nutrizione parenterale con possibile rischio di vita].

Il paziente non presenta:

- patologia maligna attiva o sospetta
- anamnesi di patologie maligne nel tratto gastrointestinale, inclusi sistema epatobiliare ed il pancreas, negli ultimi cinque anni
(devono essere indicate entrambe le condizioni sopra specificate)

	Lunghezza tenue dal Treitz (stima chirurgica e/o radiologica)	Adattamento (mesi)

Digiunostomia	Qualsiasi	Non viene stabilita una durata minima di adattamento.
		L'inizio del trattamento viene affidato alla valutazione clinica.
Lunghezza intestino residuo in continuità	<20 cm	Non viene stabilita una durata minima di adattamento. L'inizio del trattamento viene affidato alla valutazione clinica.
Lunghezza intestino residuo in continuità	20-40 cm	48 mesi
Lunghezza intestino residuo in continuità	>40 cm	36 mesi
Pazienti con dipendenza dalla Nutrizione Parenterale per una quota <50% in termini di calorie totali previste per fascia d'età secondo LARN e pazienti che non possono continuare la nutrizione parenterale con possibile rischio di vita	Qualsiasi	L'inizio del trattamento viene affidato alla valutazione clinica.

Prescrizione TEDUGLUTIDE

Dosaggio: _____

Numero di flaconcini: _____

Specificare se si tratta di:

Prima prescrizione

Prosecuzione di terapia¹

1 Prosecuzione di terapia: il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore.
L'efficacia del trattamento va verificata dopo 6 mesi dall'inizio e nel caso non sia stata osservata una riduzione di almeno il 20% del volume di NP, va considerata attentamente l'utilità della prosecuzione del trattamento.

NOTA BENE

Per posologia, modo di somministrazione, controindicazioni e precauzioni d'impiego si rimanda all'RCP.

Data _____

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore
