

**SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA OSPEDALIERA DI TEDUGLUTIDE PER IL TRATTAMENTO DELLA SINDROME DELL'INTESTINO CORTO (SBS)**

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: 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 _____ sesso M F peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____ Estero _____
Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

**Indicazione rimborsata SSN**

Trattamento di pazienti 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)

Caratteristiche del paziente, durata dell'adattamento post-operatorio e del trattamento per definirne l'efficacia				
Tipo di SBS	Lunghezza tenue dal Treitz (cm) <sup>a</sup>	Presenza di valvola ileo-cecale, colon residuo % <sup>b</sup>	Adattamento (mesi) <sup>c</sup>	Trattamento (mesi) <sup>d</sup>
SBS tipo 1, digiunostomia	<75	NO, 0	<input type="checkbox"/> 0-6	6
	75-99	NO, 0	<input type="checkbox"/> 6-12	
	≥100	NO, 0	<input type="checkbox"/> 12-24	
SBS tipo 2, digiuno-colon anastomosi	<65	NO, <57	<input type="checkbox"/> 24	6-12
	65-100	NO, <57	<input type="checkbox"/> 24	
	>100	NO, <57	<input type="checkbox"/> 24-36	
	<65	NO, ≥57	<input type="checkbox"/> 24	12
	65-100	NO, ≥57	<input type="checkbox"/> 36	
	>100	NO, ≥57	<input type="checkbox"/> 36-48	
SBS tipo 3, digiuno-ileo anastomosi	30	SI, 100	<input type="checkbox"/> 36-48	12
	31-65	SI, 100	<input type="checkbox"/> 24-36	
	>65	SI, 100	<input type="checkbox"/> 24	
<input type="checkbox"/> il paziente non può continuare la nutrizione parenterale con possibile rischio di vita				

<sup>a</sup> Documentata nel registro operatorio o radiologicamente.

<sup>b</sup> Secondo Cummings *et al*, Lancet 1973;1:344-7.

<sup>c</sup> Tempo dall'intervento necessario per l'adattamento spontaneo prima di iniziare il trattamento con teduglutide; **indicare solo una delle tempistiche specificate in base alle caratteristiche del paziente alla prima prescrizione.**

<sup>d</sup> Durata del trattamento prima di definire efficacia/fallimento (considerare attentamente se sia utile proseguire la terapia se non è stata osservata una riduzione di almeno il 20% del volume di NP rispetto al basale).

**Prescrizione TEDUGLUTIDE**

Dosaggio: \_\_\_\_\_  Numero di flaconcini: \_\_\_\_\_

Specificare se si tratta di:

Prima prescrizione  Prosecuzione di terapia\*

*Paziente con insufficienza renale: moderata e severa e con malattia renale allo stadio terminale, la dose giornaliera deve essere ridotta del 50% (cfr. RCP, par. 5.2).*

*Paziente con insufficienza epatica: Revestive non è stato studiato in pazienti con compromissione epatica severa (cfr. RCP, par. 4.4-5.2).*

*\* Prosecuzione di terapia: il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore; se non è stata osservata una riduzione di almeno il 20% del volume di NP rispetto al basale considerare attentamente se sia utile proseguire la terapia.*

**NOTA BENE**

Il clinico deve prendere visione delle controindicazioni e precauzioni d'impiego riportate in RCP (cfr. par. 4.3-4.4-4.5-4.6-4.7). Si rimanda a RCP per posologia e modo di somministrazione (cfr. par. 4.2).

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore

\_\_\_\_\_