

**Prima prescrizione****SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DI REVESTIVE (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 dalla Regione 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 <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**

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)

**SCHEDA DI ELEGGIBILITÀ E PRIMA PRESCRIZIONE REVESTIVE (TEDUGLUTIDE)**

**Tabella 1. Caratteristiche del paziente al baseline, durata dell'adattamento post-operatorio, volumi di NP, durata del trattamento per definirne l'efficacia**

Tipo di SBS	Lunghezza del tenue dal Treitz (cm) <sup>a</sup>	Presenza di valvola ileo-cecale, colon residuo % <sup>b</sup>	Adattamento (mesi) <sup>c</sup>	Volume NP (L/settimana)	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		

Indicare il numero di scariche diarroiche/die al basale .....

Il paziente non può continuare la nutrizione parenterale con possibile rischio di vita

<sup>a</sup> Documentata nel registro operatorio e 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 al termine della quale rivalutare il paziente per definire efficacia/fallimento del trattamento

**Prescrizione:**

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

**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).

**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

\_\_\_\_\_