

**Prescrizioni successive alla prima****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 RIVALUTAZIONE E PROSECUZIONE DI TERAPIA (da compilare ogni 6 mesi)**

Data di rivalutazione: \_\_/\_\_/\_\_

**Il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore (inserire le informazioni richieste di seguito):**

- Volume NP alla rivalutazione (L/settimana): \_\_\_\_\_

Riduzione/Aumento del \_\_\_\_% del volume di NP rispetto al baseline

Considerare attentamente se sia utile proseguire la terapia se non è stata osservata una riduzione di almeno il 20% del volume NP rispetto al basale.

- Numero di scariche diarroiche/die: \_\_\_\_\_

Riduzione/Aumento del \_\_\_\_% del numero di scariche diarroiche/die rispetto al baseline

**Si ritiene che il paziente debba proseguire la terapia?** **Sì** **No****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

\_\_\_\_\_