ALLEGATO *1*

SCHEDA DI PRESCRIZIONE CARTACEA PER LA SPECIALITA' MEDICINALE BOSULIF (*bosutinib*)

(Da compilarsi ai fini della rimborsabilità SSN a cura dei centri ospedalieri o di specialisti oncologo, ematologo, internista e 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:

☐ pazienti con LMC Ph+ in fase cronica (FC), in fase accelerata (FA) e in fase blastica (FB), trattati in precedenza con uno o più inibitori della tirosin-chinasi (TKI) e per i quali l'imatinib, il nilotinib e il dasatinib non siano considerati opzioni terapeutiche appropriate.

Prescrizione BOSULIF (bosutinib)

Dosaggio:

dose raccomandata	☐ 500mg una volta al giorno
1° livello riduzione dose	☐400 mg
2° livello riduzione dose	☐ 300 mg
Incremento di dose	☐ 600 mg

Dosi maggiori di 600mg/die non sono state studiate e pertanto non devono essere somministrate.

Specificare se si tratta di:

☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione di terapia*

* Il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato a giudizio del medico specialista prescrittore

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, 4.8). Si rimanda a RCP per posologia e modo di somministrazione (cfr. par. 4.2).

Data_____

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore

_____