

Prescrizione e monitoraggio degli indicatori clinici dei medicinali erogati dal SSN ai sensi della Legge 648/96

Medicinale (principio attivo): REGORAFENIB (STIVARGA *84 CPR RIV 40MG)									
UO Prescrittrice ONCOLOGIA	CDC 10109								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Paziente</td> <td>Scheda inizio trattamento <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>COGNOME _____ NOME _____</td> <td>Scheda di controllo bimensile (nei primi 2 mesi di trattamento) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Data di Nascita: ____ / ____ / ____ Età <input style="width:40px;" type="text"/></td> <td>Scheda di controllo mensile <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td>Data inizio terapia ____ / ____ / ____</td> </tr> </table>	Paziente	Scheda inizio trattamento <input type="checkbox"/>	COGNOME _____ NOME _____	Scheda di controllo bimensile (nei primi 2 mesi di trattamento) <input type="checkbox"/>	Data di Nascita: ____ / ____ / ____ Età <input style="width:40px;" type="text"/>	Scheda di controllo mensile <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data inizio terapia ____ / ____ / ____	
Paziente	Scheda inizio trattamento <input type="checkbox"/>								
COGNOME _____ NOME _____	Scheda di controllo bimensile (nei primi 2 mesi di trattamento) <input type="checkbox"/>								
Data di Nascita: ____ / ____ / ____ Età <input style="width:40px;" type="text"/>	Scheda di controllo mensile <input type="checkbox"/>								
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data inizio terapia ____ / ____ / ____								
Indicazione terapeutica: trattamento del glioblastoma multiforme recidivato (DETERMINAZIONE AIFA 19 dicembre 2019)									
Posologia: _____ Nr. Confezioni <u> 1 </u>									
<small>(La posologia raccomandata è 160 mg/die (4 cpr/die) di regorafenib per os, per 3 settimane consecutive di trattamento, seguite da una settimana senza terapia. Questo periodo di 4 settimane è considerato un ciclo di trattamento. E' possibile una riduzione della dose, valutata clinicamente in base agli eventuali eventi avversi verificatisi.)</small>									
Durata della terapia: fino a progressione, o alla comparsa di tossicità inaccettabile (grado 4 sec. CTCAE secondo discrezione clinica, tossicità grado >2 sec CTCAE non risolta entro 4 settimane dalla sospensione del trattamento).									

N.B.: La rilevazione dei dati deve essere fatta prima del trattamento, poi almeno ogni due settimane nei primi 2 mesi di trattamento e successivamente con cadenza almeno mensile e in base alle esigenze cliniche.

Indicatori	(Barrare se eseguito)
Monitoraggio funzionalità epatica (ALT, AST, bilirubina) (prima d'iniziare il trattamento con regorafenib e almeno ogni due settimane nei primi 2 mesi di trattamento; In seguito, il monitoraggio deve proseguire con cadenza almeno mensile e in base alle esigenze cliniche)	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio emocromo e parametri di coagulazione nei pazienti a rischio e in quelli trattati con anticoagulanti, almeno ogni 2 settimane nei primi due mesi di trattamento	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio parametri biochimici e metabolici e, se necessario, adeguata terapia sostitutiva conforme alla comune pratica clinica	<input type="checkbox"/>
Monitoraggio pressione arteriosa: in caso di ipertensione è necessario trattarla in accordo con la normale pratica clinica	<input type="checkbox"/>

Eventi avversi (N.B.: tale segnalazione non sostituisce la segnalazione spontanea delle ADR secondo il DLvo 95/03)

--

Fine terapia	<input type="checkbox"/>	C A U S A	
Sospensione terapia	<input type="checkbox"/>		
Data ____ / ____ / ____			Dott./Dott.ssa (timbro e firma del Medico)

Responsabile del Procedimento: Dr. Alessandro Dacomo

Referente procedura: Dr.ssa Giulia Busa

Tel. 0444-75.3484/75.7380 Fax 0444-75.3941

e mail: segreteria.farmacia@aulss8.veneto.it