REGIONE DEL VENETO
ULSS8 BERICA

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 "BERICA"
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050 – COD. U.L.SS. 508 – COD.FISC. E P.IVA 02441500242
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it

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**

Paziente
COGNOME NOME

_____ _____

Data di Nascita: ___ / ___ / ____ Età

M □ F □

Scheda inizio trattamento □

Scheda di controllo bimensile (nei primi 2 mesi di trattamento) □

Scheda di controllo mensile □

Data inizio terapia ____ / ____ / ____

Indicazione terapeutica: trattamento del glioblastoma multiforme recidivato **(**DETERMINAZIONE AIFA 19 dicembre 2019**)**

Posologia: _____ **Nr. Confezioni _____1_____**

(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.)

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)	□
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	□
Monitoraggio parametri biochimici e metabolici e, se necessario, adeguata terapia sostitutiva conforme alla comune pratica clinica	□
Monitoraggio pressione arteriosa: in caso di ipertensione è necessario trattarla in accordo con la normale pratica clinica	□

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

Fine terapia □

Sospensione terapia □

CAUSA

Dott./Dott.ssa

(timbro e firma del Medico)

Data ____ / ____ / _____

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