

**MODULO DI RICHIESTA MOTIVATA PERSONALIZZATA  
PER L' UTILIZZO IN DEROGA DI RITUXIMAB  
ORIGINATOR (MABTHERA) O DI ALTRO  
BIOSIMILARE NON VINCITORE DELL'ACCORDO  
QUADRO REGIONALE**

Allegato "B"

Cognome e Nome Paziente:.....

Sesso Paziente (M/F):..... Data di nascita paziente ..... Peso paziente.....

U. O. Richiedente ..... Medico proscrittore ..... n° cartella clinica .....

**MOTIVAZIONE CLINICA CHE GIUSTIFICA L'UTILIZZO DELLA SCELTA A MAGGIOR COSTO  
IN DEROGA AL FARMACO BIOSIMILARE PRIMO VINCITORE DELL' ACCORDO QUADRO  
REGIONALE**

*inserire i dati richiesti e barrare l'indicazione*

**utilizzo di altro Biosimilare diverso dal 1° Vincitore dell'Accordo Quadro Regionale (specificare obbligatoriamente la motivazione clinica che giustifichi la scelta in deroga a maggior costo):**

**continuità terapeutica per paziente già in trattamento** (sia con Originator che con altro Biosimilare diverso dal 1° Vincitore dell'Accordo Quadro Regionale);

**utilizzo della formulazione sottocute del farmaco Originator per pazienti naive** (specificare obbligatoriamente la motivazione clinica che giustifichi la scelta in deroga a maggior costo):

**Indicazione terapeutica**

**LINFOMA NON-HODGKIN (LNH)**

Trattamento di pazienti affetti da Linfoma Follicolare al III-IV stadio precedentemente non trattati, in associazione con chemioterapia.

Terapia di mantenimento per il trattamento di pazienti con linfoma follicolare che rispondono a terapia di induzione.

In monoterapia per il trattamento di pazienti con Linfoma Follicolare al III-IV stadio che sono chemio resistenti o che sono alla loro seconda o successiva ricaduta dopo chemioterapia (indicazione autorizzata in scheda tecnica solo per la formulazione endovena ma non per quella sottocutanea);

Trattamento di pazienti affetti da linfoma non-Hodgkin, CD20 positivo, diffuso a grandi cellule B, in associazione con chemioterapia CHOP (ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina, prednisone).

**LEUCEMIA LINFATICA CRONICA -LLC-**

**(indicazione autorizzata solo per formulazione endovena ma non per quella sottocutanea)**

In associazione a chemioterapia per il trattamento di pazienti con Leucemia Linfatica Cronica (LLC) precedentemente non trattata e recidiva/refrattaria (n.b. sono disponibili solo dati limitati sull'efficacia e la sicurezza per pazienti precedentemente trattati con anticorpi monoclonali, incluso Mabthera, o per pazienti refrattari ad un trattamento precedente con Mabthera più chemioterapia.)

**ARTRITE REUMATOIDE (AR)**

**(indicazione autorizzata solo per formulazione endovena ma non per quella sottocutanea)**

In associazione a Metotrexato è indicato per il trattamento dell'Artrite Reumatoide attiva di grado severo in pazienti adulti che hanno mostrato un'inadeguata risposta o un'intolleranza ad altri farmaci antireumatici modificanti la malattia (DMARDS), comprendenti uno o più inibitori del fattore di necrosi tumorale (TNF).

**GRANULOMATOSI CON POLIANGITE E POLIANGITE MICROSCOPICA**

**(indicazione autorizzata solo per formulazione endovena ma non per quella sottocutanea)**

In associazione con glucocorticoidi per il trattamento di pazienti adulti con granulomatosi con poliangite (di Wegener) (GPA) e poliangite microscopica (MPA) attiva di grado severo.

Dosaggio prescritto: \_\_\_\_\_

Posologia prescritta: \_\_\_\_\_

**Data richiesta**

\_\_\_\_\_  
(GG/MESE/ANNO)

**Timbro e firma del Medico  
richiedente**

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile di chi ritira