

Documento PTR n. 318 relativo a:

**SCHEDA REGIONALE PER LA PRESCRIZIONE DI
TEDUGLUTIDE PER IL TRATTAMENTO
DELLA SINDROME DELL'INTESTINO CORTO (SBS)**

Febbraio 2019

**Scheda regionale per la prescrizione di teduglutide
per il trattamento della sindrome dell'intestino corto (SBS)**

Da compilare, ai fini della rimborsabilità SSR, a cura del Centro di riferimento regionale per l'insufficienza intestinale cronica benigna presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Da rinnovare ogni 6 mesi alla data di compilazione

Centro prescrittore _____ Azienda Sanitaria _____
Medico prescrittore (nome e cognome) _____
Tel. _____ e-mail _____
Paziente (nome e cognome) _____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Peso (Kg) _____ altezza (cm) _____ Data di Nascita _____
Codice fiscale _____ AUSL di residenza _____
Indirizzo _____ Tel. _____
MMG _____

Indicazione rimborsata SSN

Treatmento 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 5 anni

(devono essere indicate entrambe le condizioni sopra specificate)

Caratteristiche del paziente, durata dell'adattamento post-operatorio e del trattamento per definirne l'efficacia				
Tipo di SBS	Lunghezza tenue dal Treitz (cm) ^a	Presenza di valvola ileo-cecale, colon residuo % ^b	Adattamento (mesi) ^c	Trattamento (mesi) ^d
SBS tipo 1, digiunostomia	<75	NO, 0	<input type="checkbox"/> 0-6	6
	75-99	NO, 0	<input type="checkbox"/> 6-12	
	≥100	NO, 0	<input type="checkbox"/> 12-24	
SBS tipo 2, digiuno-colon anastomosi	<65	NO, <57	<input type="checkbox"/> 24	6-12
	65-100	NO, <57	<input type="checkbox"/> 24	
	>100	NO, <57	<input type="checkbox"/> 24-36	
	<65	NO, ≥57	<input type="checkbox"/> 24	12
	65-100	NO, ≥57	<input type="checkbox"/> 36	
	>100	NO, ≥57	<input type="checkbox"/> 36-48	
SBS tipo 3, digiuno-ileo anastomosi	30	SI, 100	<input type="checkbox"/> 36-48	12
	31-65	SI, 100	<input type="checkbox"/> 24-36	
	>65	SI, 100	<input type="checkbox"/> 24	
<input type="checkbox"/> il paziente non può continuare la nutrizione parenterale con possibile rischio di vita				

^a Documentata nel registro operatorio o radiologicamente.

^b Secondo Cummings *et al*, Lancet 1973;1:344-7.

^c Tempo dall'intervento necessario per l'adattamento spontaneo prima di iniziare il trattamento con teduglutide; indicare solo una delle tempistiche specificate in base alle caratteristiche del paziente alla prima prescrizione.

^d Durata del trattamento prima di definire efficacia/fallimento (considerare attentamente se sia utile proseguire la terapia se non è stata osservata una riduzione di almeno il 20% del volume di NP rispetto al basale).

Prescrizione REVESTIVE (teduglutide)

Dosaggio: _____ Numero di flaconcini: _____

Specificare se si tratta di:

Prima prescrizione Proseguimento di terapia*

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).

* **Proseguimento di terapia:** il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore; se non è stata osservata una riduzione di almeno il 20% del volume di NP rispetto al basale considerare attentamente se sia utile proseguire la terapia.

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).

Specificare la **motivazione a supporto della prosecuzione della terapia** _____

Data _____

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore