

**PIANO TERAPEUTICO AIFA PER LA PRESCRIZIONE DELLA SPECIALITA' GLIVEC (IMATINIB)  
PER IL TRATTAMENTO DEI TUMORI STROMALI GASTROINTESTINALI (GIST)**

Centro prescrittore _____
Medico prescrittore (cognome, nome) _____
Tel. _____ e-mail _____

Paziente (cognome, nome) _____
Data di nascita _____ sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> peso (Kg) _____ altezza (cm) _____
Comune di nascita _____ Estero <input type="checkbox"/>
Codice fiscale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Residente a _____ Tel. _____
Regione _____ ASL di residenza _____ Prov. _____
Medico di Medicina Generale _____

Farmaco prescritto <sup>1</sup> :	<b>Glivec (Imatinib)</b>	Dose/die:	_____
Indicazione:	<input type="checkbox"/> trattamento di pazienti adulti con tumori stromali del tratto gastro-intestinale (GIST) maligni non operabili e /o metastatici, positivi al Kit (CD 117) <input type="checkbox"/> trattamento adiuvante di pazienti adulti con significativo rischio di recidiva dopo resezione di GIST positivi al Kit (CD 117). I pazienti con rischio di recidiva basso o molto basso non dovrebbero ricevere il trattamento adiuvante		

La validità del piano terapeutico è da intendersi per massimo 6 mesi

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

<sup>1</sup> In applicazione dei vincoli di copertura brevettuale del medicinale Glivec® nelle indicazioni relative al trattamento dei tumori stromali gastrointestinali (GIST), per le indicazioni riportate nel presente piano terapeutico lo specialista potrà prescrivere a carico del SSN unicamente il farmaco Glivec® e non il principio attivo imatinib generico. Per tutte le altre indicazioni rimangono invariate le modalità prescrittive già in vigore.

