



PROPOSTA TERAPEUTICA REGIONALE PER RELUGOLIX (Specialità medicinale ORGOVIX®)

Centri Prescrittori individuati: UU.OO. di Urologia e Oncologia delle AA.SS.LL. della regione Abruzzo

Centro prescrittore: _____
Medico prescrittore (cognome e nome) _____
Tel. _____ e-mail _____
Nome e Cognome dell'assistito _____
Età _____
Codice Fiscale _____
ASL di residenza _____
Medico curante (cognome e nome) _____

Indicazione terapeutica rimborsata

☐ Trattamento di pazienti adulti con **carcinoma prostatico** in stadio avanzato sensibile agli ormoni.

Posologia _____

☐ Prima prescrizione ☐ Prosecuzione della Cura

Durata prevista del trattamento (mesi): : _____ (N.B. la validità del P.T. non può superare **6 mesi** dalla data di compilazione)

Data ____/____/____

Timbro e firma del clinico prescrittore ⁽²⁾

(1) Da redigere a cura dei centri autorizzati alla prescrizione. Il modulo va compilato in triplice copia da inviare al Servizio Farmaceutico della ASL ed al medico curante che ha in carico l'assistito. La terza copia deve essere trattenuta dal medico che compila la scheda.

(2) I dati identificativi del medico devono essere tali da poter permettere eventuali tempestive comunicazioni.