

**SCHEDA PRESCRIZIONE CARTACEA DI REVESTIVE (teduglutide) PER IL TRATTAMENTO DELLA  
SINDROME DELL'INTESTINO CORTO (SBS) in età pediatrica (da 1 anno ai 17 anni di età)**

*Da compilare, ai fini della rimborsabilità SSN, a cura dei soli centri ospedalieri specialistici individuati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano (specialisti: pediatra e gastroenterologo).*

*Da rinnovare ogni 6 mesi dalla data di compilazione.*

Centro presrittore _____
Medico presrittore (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 _____

**Indicazione rimborsata SSN in età pediatrica**

Revestive è indicato per il trattamento di pazienti da 1 anno a 17 anni di età (per età superiori fare riferimento alla scheda di prescrizione per 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 cinque anni  
*(devono essere indicate entrambe le condizioni sopra specificate)*

Durata dell'adattamento post-operatorio per pazienti sottoposti a resezione chirurgica		
Lunghezza intestino residuo	Lunghezza tenue dal Treitz (stima chirurgica e/o radiologica)	Adattamento (mesi)
Digiunostomia	Qualsiasi	Non viene stabilita una durata minima di adattamento.



		L'inizio del trattamento viene affidato alla valutazione clinica.
Lunghezza intestino residuo in continuità	<20 cm	Non viene stabilita una durata minima di adattamento. L'inizio del trattamento viene affidato alla valutazione clinica.
Lunghezza intestino residuo in continuità	20-40 cm	48 mesi
Lunghezza intestino residuo in continuità	>40 cm	36 mesi
Pazienti con dipendenza dalla Nutrizione Parenterale per una quota <50% in termini di calorie totali previste per fascia d'età secondo LARN e pazienti che non possono continuare la nutrizione parenterale con possibile rischio di vita	Qualsiasi	L'inizio del trattamento viene affidato alla valutazione clinica.

**Prescrizione REVESTIVE (teduglutide)**

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

Numero di flaconcini: \_\_\_\_\_

Specificare se si tratta di:

 Prima prescrizione Prosecuzione di terapia<sup>1</sup>

**1 Prosecuzione di terapia:** il Piano Terapeutico potrà essere rinnovato in caso di accertato miglioramento clinico a giudizio del medico specialista prescrittore.

L'efficacia del trattamento va verificata dopo 6 mesi dall'inizio e nel caso non sia stata osservata una riduzione di almeno il 20% del volume di NP, va considerata attentamente l'utilità della prosecuzione del trattamento.

**NOTA BENE**

Per posologia, modo di somministrazione, controindicazioni e precauzioni d'impiego si rimanda all'RCP.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico specialista prescrittore

\_\_\_\_\_

