



**Anexo 1. SOLICITUD DE VALORACIÓN POR EL GRUPO DE EXPERTOS
EN LA UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO LISOCABTAGÉN
MARALEUCÉL EN LINFOMA FOLICULAR (4ª LÍNEA) EN EL SNS**

Fecha de solicitud: _____

Fecha de envío por la CCAA: _____

Fecha de recepción para valoración: _____

DATOS DEL CENTRO

Nombre: _____ Centro acreditado: SI ☐ NO ☐

Ciudad: _____ Provincia: _____

DATOS DEL PACIENTE

Número identificación anonimizado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo ☐ M ☐ F

Se adjunta informe clínico actualizado (según especificaciones anexo): SI ☐ NO ☐

Diagnóstico:

☐ LINFOMA FOLICULAR _____



CRITERIOS DE FINANCIACIÓN DE LISOCABTAGÉN MARALEUCÉL EN LINFOMA FOLICULAR (4ª LÍNEA)

Cumple los siguientes criterios de financiación (marcar la situación que corresponda con el paciente):

Paciente con LF refractario o en recaída después de tres o más líneas de tratamiento sistémico:

- ☐ Edad ≥ 18 años
- ☐ Diagnóstico histológico confirmado de linfoma folicular
- ☐ Que sea refractario tras al menos tres líneas de tratamiento sistémico
- ☐ O que haya recaído tras al menos tres líneas de tratamiento sistémico
- ☐ POD 24: progresión de la enfermedad antes de los 24 meses de la primera línea de tratamiento
- ☐ La primera línea incluyó un anticuerpo monoclonal anti-CD20 (salvo que el tumor sea CD20 negativo) combinado con un agente alquilante
- ☐ Sin infección por VIH con carga viral detectable
- ☐ Sin hepatitis B con carga viral detectable
- ☐ Sin hepatitis C con carga viral detectable
- ☐ Sin tratamiento previo con CAR-T
- ☐ ECOG 0-1. Especificar estado funcional: _____

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Nombre: _____ Apellidos: _____
Servicio médico: _____ Cargo: _____

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

Informe clínico (tratamientos anteriores utilizados y tratamientos alternativos, estado clínico del paciente, fecha para realizar leucoaféresis, centro en el que se considera administrar)

La solicitud es de urgencia vital: SI ☐ NO ☐

Observaciones:



CENTROS ACREDITADOS DE PREFERENCIA

Especificar las preferencias en base al listado de centros acreditados del Anexo 4

DATOS DEL PROFESIONAL SANITARIO QUE TRAMITA LA SOLICITUD

Nombre: _____ Apellidos: _____

Centro: _____ Cargo: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

DECISIÓN (a cumplimentar por la DG de Cartera Común del SNS y Farmacia)

Fecha valoración final: _____ Favorable ☐ No favorable ☐

Número identificación anonimizado paciente: _____

Motivos: _____

El paciente es candidato a tratamiento

☐ Ensayo académico _____

☐ Ensayo comercial _____

☐ Tratamiento industrial _____

☐ Otros _____

Motivos: _____

Centros acreditados: _____

Fecha de envío a CA: _____