



**Anexo 1. SOLICITUD DE VALORACIÓN POR EL GRUPO DE EXPERTOS
EN LA UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO
LISOCABTAGÉN MARALEUCÉL EN LBDCG LBAG LBPM
LF3B (2ª 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:

☐ LBDCG ☐ LBAG ☐ LBPM ☐ LF3B



CRITERIOS DE FINANCIACIÓN DE LISOCABTAGÉN MARALEUCEL EN LBDCG, LBAG, LBPM y LF3B (2ª LÍNEA)

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

Paciente con LBDCG o LBAG o LBPM o LF3B refractario o en recaída en los 12 meses después de haber completado inmunoquimioterapia de 1ª línea:

- ☐ Edad $\geq$ 18 años
- ☐ Que sea refractario a inmunoquimioterapia de 1ª línea en los 12 meses después de haber completado el tratamiento.
- ☐ O que haya recaído a inmunoquimioterapia de 1ª línea en los 12 meses después de haber completado el tratamiento.
- ☐ Que haya recibido un anticuerpo monoclonal anti-CD20 (salvo que el tumor sea CD20 negativo) y un régimen de quimioterapia con antraciclinas.
- ☐ Sin infección por VIH con carga viral detectable
- ☐ Sin hepatitis B o 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: _____