



**Anexo 1. SOLICITUD DE VALORACIÓN POR EL GRUPO DE EXPERTOS
EN LA UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO AXICABTAGEN
CILOLEUCEL 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 AXICABTAGÉN CILOLEUCÉL 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 \geq 18 años
- 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 hepatitis B con carga viral detectable
- Sin hepatitis C con carga viral detectable
- Sin antecedentes de infección por VIH
- 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: _____