



**IMPRIMIR**

**BORRAR FORMULARIO**

**Anexo 1. SOLICITUD DE VALORACIÓN POR EL GRUPO DE EXPERTOS EN LA  
UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO  
IDECABTAGÉN VICLEUCEL EN MIELOMA MÚLTIPLE (MM), EN EL SNS**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ Fecha de envío por la CA: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción para valoración: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CENTRO:**

Nombre: _____	Centro acreditado: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ciudad: _____	Provincia: _____

**DATOS DEL PACIENTE:**

Número identificación anonimizado: _____
Fecha de nacimiento: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Se adjunta informe clínico actualizado (según especificaciones anexo): <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>DIAGNÓSTICO:</b>
MM tras tres líneas de tratamientos previos



## CRITERIOS DE FINANCIACIÓN de IDECABTAGÉN VICLEUCEL en MM

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

**Pacientes adultos con mieloma múltiple en recaída y refractario que han recibido al menos tres líneas de tratamientos previos y han presentado progresión al último tratamiento:**

Mieloma múltiple en recaída y refractario que ha recibido al menos tres líneas de tratamientos previos, incluidos un agente inmunomodulador, un inhibidor del proteosoma y un anticuerpo anti-CD38.

Ha presentado progresión al último tratamiento

No ha sido tratado previamente con otras terapias dirigidas contra BCMA\*, terapia génica previa u otro tratamiento con linfocitos T modificados genéticamente.

No ha recibido alotrasplante de células hematopoyéticas (Alo-TPH)

Sin infección activa por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

Sin infección activa por el Virus de Hepatitis B

Sin infección activa por el Virus de Hepatitis C

No tiene tratamiento en curso con inmunosupresores

ECOG 0-1. Especificar estado funcional: \_\_\_\_\_

**Nota:** Quedan excluidos los pacientes previamente tratados con otras terapias dirigidas contra BCMA, alotrasplante de células hematopoyéticas, terapia génica previa u otro tratamiento previo con linfocitos T modificados genéticamente. También los pacientes con antecedentes de trastornos del sistema nervioso central (como convulsiones), insuficiencia hepática, renal, medular, cardíaca o pulmonar, o tratamiento en curso con inmunosupresores.

\* BCMA: B-Cell Maturation Antigen



### 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)

### 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:

Tratamiento industrial \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Centros acreditados: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENVÍO A CA: \_\_\_\_\_