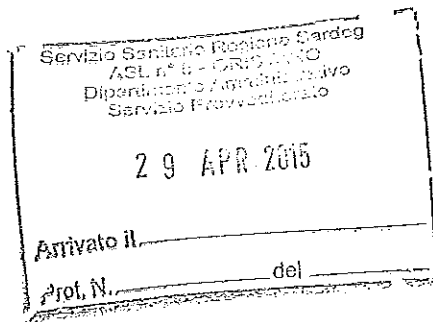




FARMACIA TERRITORIALE

Ghilarza 28/04/2015

Prot. NP/2015/4806



Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 2 fogli

Al Resp. Servizio Provveditorato  
Dr.ssa Gesuina Demurtas

Oggetto: Richiesta acquisto farmaco unico XTANDI.

Si chiede l'acquisto urgente del farmaco unico **XTANDI\*112CPS  
40MG. ( 1199911)** per un quantitativo presunto di N 448 cps .

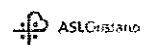
Si precisa che trattasi di farmaco oncologico, come da piano Alfa  
allegato, e che non è presente nella gara farmaci di Sassari

Ditta Astellas

Si allega Piano Alfa

Distinti saluti

Il Direttore  
Dr.ssa Alessandra Battiato



Codice Paziente	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
2013121810195400000924	RA.MU.	18/12/2013	██████████

MODULO DI RICHIESTA FARMACO: XTANDI - CARCINOMA PROSTATICO  
CASTRAZIONE RESISTENTE

Numero della richiesta: 1  
Codice identificativo univoco della richiesta: 3170147  
Centro prescrittore: POLIAMBULATORIO - MACOMER  
Medico prescrittore: Antonio Giuseppe Valerio Milla

Dose/Die o Dose calcolata in base alla posologia: 160.00 mg

Dose totale richiesta: 4480.00 mg

Data richiesta farmaco: 23/04/2015

Durata richiesta farmaco (in giorni): 28

Il paziente, se non castrato chirurgicamente, prosegue il trattamento con analoghi di LHRH: Sì

E' stata effettuata una valutazione dei medicinali somministrati contemporaneamente al paziente, in relazione al rischio di interazioni farmacologiche, così come previsto dal RCP?: Sì

E' stata necessaria una sospensione temporanea del trattamento a causa di reazioni avverse?: No

E' stata necessaria una riduzione della dose di enzalutamide dovuta ad eventi avversi?: No

Si è/sono verificato/i un evento/i avverso/i per il/ quale/i è prevista l'interruzione definitiva del trattamento secondo quanto riportato in RCP?: No

ASL: ORISTANO  
Farmacia di riferimento: FARMACIA TERRITORIALE ORISTANO

#### INDICAZIONI PER IL PAZIENTE:

Per ottenere il farmaco che Le è stato prescritto si dovrà recare presso la Farmacia della struttura che Le è stata indicata dal medico che Le ha prescritto il farmaco.

Si fa presente che, nel caso in cui l'ASL indicata nel modulo non corrisponda all'ASL domiciliare, sarà opportuno recarsi presso l'ASL di domicilio attuale ed esibire comunque il seguente modulo, in quanto la ASL potrà in ogni caso prendere in carico la richiesta.

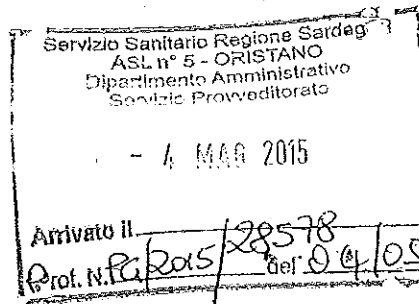
#### INDICAZIONI PER LA FARMACIA TERRITORIALE:

La presente richiesta è stata generata utilizzando l'attuale piattaforma web transitoria dei Registri dei Farmaci sottoposti a Monitoraggio, alla quale hanno accesso medici e farmacisti. Come sopra riportato, in base alle informazioni fornite dal medico prescrittore sotto la propria responsabilità, il paziente è risultato eleggibile al trattamento farmacologico richiesto che pertanto sarà somministrato secondo indicazione terapeutica approvata e rimborsata. Si prega pertanto di procedere alla dispensazione del farmaco al paziente, conservando copia della presente ed avendo particolare cura di annotare il codice identificativo unico della richiesta sopra riportato per ricercare la richiesta farmaco caricata nella banca dati. I dati relativi alla presente dispensazione saranno registrati nel sistema, pertanto la dispensazione sarà riferita e riconducibile alla Vostra farmacia e sarà visualizzabile nella piattaforma web dei



Leading Light for Life

Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 1 fogli 0



2418/2015-sc

Spett.le  
ASL ORISTANO  
Via Carducci, 35  
09170 ORISTANO OR

Assago, 30/04/2015

OGGETTO: OFFERTA FARMACO

Il sottoscritto Sig. Marco Pellegrini nato a Pavia il 06/09/1960, e residente a Lissone (MI) in Via Righi A., 10 nella sua qualità di Procuratore Speciale, della società ASTELLAS PHARMA S.P.A. P.IVA 00789580966 - C.Fiscale 04754860155 - Iscritta alla C.C.I.A.A. N.1035548 dal 25.03.1980 - Iscritta al Tribunale N.43198 - Capitale Sociale: €. 20.252.904,00 i.v. - con sede in Assago (MI) - Via del Bosco Rinnovato 6, Palazzo U7, si prega inoltrare la propria migliore offerta relativamente ai seguenti prodotti:

Principio attivo: Enzalutamide  
XTANDI 112CPS MOLLI 40MG

Conf. da: 112 40MG

Reg. Min. Sanità: 042868012 - ATC: L02BB

Codice interno: 142189 - Fascia: H - IVA: 10%

Prezzo a confezione ex-factory (senza IVA): € 3.405,13 (tremilaquattrocentocinque,tredici)

Prezzo unitario ex-factory (senza IVA): € 30,40295 (trenta,quarantamiladuecentonovantacinque)

Sconto su Pr. ex-factory: 28,00% (ventotto,zerozero per cento)

Prezzo confezione offerto (senza IVA) € 2.451,69 (duemilaquattrocentocinquantuno, sessantanove)

Prezzo unitario offerto (senza IVA) € 21,89009 (ventuno,ottantanovemilannove)

Inoltre è applicato un cost sharing come da condizioni negoziali -vedi GU n. 286 del 10-12-2014

Validità dell'offerta: 31/12/2015

Per tutti i prodotti del ns. listino Vi invitiamo, in caso di ordini, a rivolgerVi al Deposito di Zona;  
Astellas Pharma S.p.A.

Via del Bosco Rinnovato 6, Palazzo U7

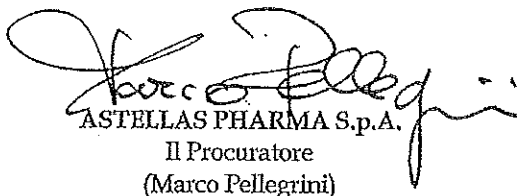
20090 Assago MI

Tel. 02/921381 - Fax. 02/87152555

Porto franco

Pagamento: rimessa diretta 60 gg.

Distinti saluti.

  
ASTELLAS PHARMA S.p.A.  
Il Procuratore  
(Marco Pellegrini)

Astellas Pharma S.p.A.

Via del Bosco Rinnovato, 6 - Palazzo U7  
20090 Assago (MI) - Italy  
Tel. +39 02 92 138 1 - Fax +39 02 87 15 25 85  
www.astellas.it

Controllata da Astellas Pharma Europe Limited  
Capitale Sociale € 20.252.904 i.v.  
P. IVA 00789580966 - R.E.A. N. 1035548  
Reg. Imp. Milano e Cod. Fisc. 04754860155

