



**Anexo 1. SOLICITUD DE VALORACIÓN POR EL GRUPO DE EXPERTOS
EN LA UTILIZACIÓN DEL MEDICAMENTO
BREXUCABTAGÉN AUTOLEUCÉL EN LCM 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 de células del manto



CRITERIOS DE FINANCIACIÓN de BREXUCABTAGÉN AUTOLEUCEL en LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO

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

Paciente con linfoma de células del manto en recaída o refractario tras dos o más líneas de tratamiento sistémico:

- Edad \geq 18 años
- Que ha recaído tras al menos dos líneas de tratamiento (incluyendo un anticuerpo monoclonal anti- CD20, quimioterapia con antraciclinas o bendamustina y un inhibidor de BTK).
- O que sea refractario tras al menos dos líneas de tratamiento (incluyendo un anticuerpo monoclonal anti-CD20, quimioterapia con antraciclinas o bendamustina y un inhibidor de BTK).
- No trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (Alo-TPH) previo.
- No Trasplante Autólogo de Progenitores Hematopoyéticos (autoTPH) en las 6 semanas previas a la infusión.
- No infiltración en el SNC
- Sin hepatitis B con carga viral detectable
- Sin hepatitis C con carga viral detectable
- Sin antecedentes de infección por VIH
- No presenta infección o enfermedad grave no controlada.
- 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: _____