

MODULO DI AUTORIZZAZIONE E SPESA

PAZIENTI NON RESIDENTI IN REGIONE LOMBARDIA CHE DEVONO ESEGUIRE TEST ONCOTYPE DX BREAST RECURRENCE SCORE®

Oggetto: Autorizzazione all'esecuzione di test genetico per carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce (test Oncotype DX Breast Recurrence Score®) presso l'IRCCS Istituto Europeo di Oncologia di Milano con impegno di spesa

Visto il Decreto del Ministero della Salute del 18 maggio 2021, recante oggetto: Modalità di riparto e requisiti di utilizzo del fondo per i test genomici ormonoresponsivi per il carcinoma mammario in stadio precoce. (21A04069) (G.U. Serie Generale, n. 161 del 07 luglio 2021), che prevede che "per pazienti afferenti a centri di cura posti al di fuori della regione o della provincia autonoma di residenza la prestazione è a carico della regione/provincia autonoma di appartenenza, (...) che avviene tramite fatturazione diretta. A tal fine l'ASL di residenza rilascia alla paziente previa autorizzazione in tal senso".

Con la presente la ASL di (Inserire ragione sociale completa) _____

In considerazione dell'indicazione all'effettuazione del test **Oncotype DX Breast Recurrence Score®** (di cui si allega prescrizione recante codice **91.2F.9** Descrizione: Test genetico somatico per patologia mammaria istologicamente diagnosticata), espressa dallo specialista oncologo del **IRCCS Istituto Europeo di Oncologia SRL**, dopo valutazione multidisciplinare,

Autorizza il **IRCCS Istituto Europeo di Oncologia SRL** all'esecuzione del test **Oncotype DX Breast Recurrence Score®** per la paziente:

A cura del paziente

Nome _____ Cognome _____ Nata a _____ il _____

C.F. _____ Residente a _____ in Via/Piazza _____

N _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____

Patologia diagnosticata **carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce**

A cura dell'ASL

Con la presente la ASL/ATS di (Inserire ragione sociale completa) _____

Situata in

Regione _____
Città _____
Provincia _____
Indirizzo _____ N. _____ CAP _____

Conferma l'impegno di spesa, per un importo pari a € 2.000,00, secondo la tariffa stabilita dal nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale di Regione Lombardia per il codice 91.2F.9 - Descrizione: Test genetico somatico per patologia mammaria istologicamente diagnosticata (Test Oncotype DX)

_____, li _____
(Luogo) (Data) (Firma ASL di appartenenza)

Si prega di indicare i recapiti della persona da contattare per la futura fatturazione

Numero telefonico _____
Indirizzo E-mail _____