

MODULO DI AUTORIZZAZIONE E SPESA

PAZIENTI NON RESIDENTI IN REGIONE LOMBARDIA CHE DEVONO ESEGUIRE TEST NGS – NEXT GENERATION SEQUENCING

Oggetto: Autorizzazione all'esecuzione di test *Next Generation Sequencing* (NGS) per carcinoma metastatico del polmone presso l'Istituto Europeo di Oncologia di Milano con impegno di spesa

Visto il Decreto del Ministero della Salute del 30 settembre 2022, recante oggetto: Riparto del fondo per il potenziamento dei test di Next-Generation Sequencing di profilazione genomica dei tumori dei quali sono riconosciute evidenza e appropriatezza (GU n.253 del 28-10-2022), che prevede che "Per i pazienti afferenti a centri di cura posti al di fuori della regione di residenza la prestazione viene considerata a carico della regione di appartenenza, (...) tramite fatturazione diretta".

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

In considerazione dell'indicazione all'effettuazione del test **NGS-Next Generation Sequencing** (di cui si allega prescrizione recante codice 91.30.7 Descrizione - test NGS per carcinoma non a piccole cellule non squamoso (adenocarcinoma) metastatico del polmone cito/istologicamente diagnosticato) 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 **NGS-Next Generation Sequencing** per il/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 metastatico del polmone**

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 € 1.150,00, secondo la tariffa stabilita dal nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale di Regione Lombardia per il codice 91.30.7 Descrizione - test NGS per carcinoma non a piccole cellule non squamoso (adenocarcinoma) metastatico del polmone cito/istologicamente diagnosticato

_____, 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 _____

