

Anmodning om vurdering av legemiddel i Nye metoder

Skjema for leverandører

En leverandør som ønsker offentlig finansiering av et legemiddel/legemiddelindikasjon i den norske spesialisthelsetjenesten, skal anmode om vurdering i Nye metoder ved å fylle ut dette skjemaet.

Utfyllt anmodningsskjema sendes til Nye metoder: nyemetoder@helse-sorost.no

Leverandøren skal på anmodningstidspunktet både ha et forslag til type helseøkonomisk analyse og en plan for når de leverer dokumentasjonen. Merk at dokumentasjon i henhold til oppdraget fra Bestillerforum for nye metoder må leveres inn senest 12 måneder etter anmodningstidspunktet.

Hele anmodningsskjemaet skal fylles ut. Mer informasjon og veiledning finnes i artikkelen [For leverandører \(nyemetoder.no\)](https://nyemetoder.no)

Merk: Skjemaet vil bli publisert i sin helhet på nyemetoder.no.

Innsender er klar over at skjemaet vil bli publisert i sin helhet (må krysses av): ☒

Fyll ut dato for innsending av skjema: 16.01.2026

1 Kontaktopplysninger	
1.1 Leverandør (innehaver/søker av markedsføringstillatelse i Norge)	PharmaMar Avenida de los Reyes, 1 – Pol. Ind. La Mina 28770 Colmenar Viejo, Madrid, Spain
1.2 Navn kontaktperson	Maria Julian Esquivias
1.3 Stilling kontaktperson	International Marketing Associate Director, Marketing & Sales / Oncology Business Unit
1.4 Telefon	+34 91 846 60 00
1.5 E-post	mjulian@pharmamar.com
Ekstern representasjon - vedlegg fullmakt	
1.6 Navn/virksomhet	Immedica Pharma AB Martin Ramström General Manager Nordic-Baltic
1.7 Telefon og e-post	+46 70 683 55 62 martin.ramstrom@immedica.com

2 Legemiddelinformasjon og indikasjon	
2.1 Hva gjelder anmodningen? <i>Kryss av for hva anmodningen gjelder</i>	Et nytt virkestoff ☒ En indikasjonsutvidelse / ny indikasjon ☐ En ny styrke eller formulering ☐

2.2 Hvilken indikasjon gjelder anmodningen? <i>Indikasjonen skal oppgis på norsk. Hvis prosess for godkjenning pågår, oppgi også indikasjon på engelsk.</i> <i>Merk: Leverandør skal anmode om vurdering av hele indikasjonen som de har fått godkjent eller søker om godkjenning for. Dersom leverandør foreslår en avgrensning til undergrupper, må dette begrunnes og leverandør må levere dokumentasjonen som trengs for å foreta en vurdering av undergruppen i tillegg til dokumentasjonen for hele indikasjonen.</i>	Forventet indikasjon (norsk): Lurbinectedin i kombinasjon med atezolizumab er indisert for vedlikeholdsbehandling av voksne pasienter med omfattende småcellet lungekreft hvis sykdom ikke har utviklet seg etter førstelinjeinduksjonsbehandling med atezolizumab, karboplatin og etoposid. Forventet indikasjon (engelsk): Lurbinectedin in combination with atezolizumab, is indicated for the maintenance treatment of adult patients with extensive-stage small-cell lung cancer whose disease has not progressed after first-line induction therapy with atezolizumab, carboplatin and etoposide.
2.3 Handelsnavn	Zepzelca
2.4 Generisk navn/virkestoff	Lurbinectedin
2.5 ATC-kode	L01XX69
2.6 Administrasjonsform og styrke <i>Oppgi også forventet dosering og behandlingsslengde</i> <i>Skriv kort</i>	For injection IV use: Lurbinectedin (3.2 mg/m²) + atezolizumab once every three weeks until disease progression or unacceptable toxicity.
2.7 Farmakoterapeutisk gruppe og virkningsmekanisme. <i>Skriv kort</i>	Lurbinectedin is an antineoplastic agent. Lurbinectedin is a DNA-binding alkylating agent which inhibits transcription in tumor cells, causing DNA damage and cell death. Lurbinectedin has also shown in preclinical experiments to have an effect on the tumor microenvironment.

3 Historikk – virkestoff og indikasjon

3.1 Har Nye metoder behandlet metoder med det aktuelle virkestoffet tidligere? <i>Hvis ja, oppgi ID-nummer til metoden/metodene i Nye metoder</i>	Ja ☐ Nei ☒ ID-nummer: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
3.2 Er du kjent med om andre legemidler/virkestoff er vurdert i Nye metoder til samme indikasjon?	Ja ☒ Nei ☐ ID-nummer: ID2019_044, ID2020_010, ID2024_076

<i>Hvis ja, oppgi ID-nummer til metoden/metodene i Nye metoder</i>	
3.3 Er du kjent med om det er gjennomført en metodevurdering i et annet land som kan være relevant i norsk sammenheng?	Ja ☐ Nei ☒
<i>Hvis ja, oppgi referanse</i>	Referanse: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

4 Status for markedsføringstillatelse (MT) og markedsføring	
4.1 Har legemiddelet MT i Norge for en eller flere indikasjoner?	Ja ☐ Nei ☒
<i>Hvis ja - skriv inn dato for norsk MT for den første indikasjonen</i>	Dato for MT for første indikasjon: Klikk eller trykk for å skrive inn en dato.
4.2 Markedsføres legemiddelet i Norge?	Ja ☐ Nei ☒
4.3 Har legemiddelet MT i Norge for anmodet indikasjon?	MT i Norge: Ja ☐ Nei ☒
<i>For alle metoder: Fyll ut prosedyrenummer i EMA (det europeiske legemiddelbyrået)</i>	Prosedyrenummer i EMA: EMA/H/C/006673
<i>Hvis metoden ikke har MT i Norge, fyll ut forventet tidspunkt (måned/år) for CHMP opinion i EMA.</i>	Hvis metoden ikke har MT: Forventet tidspunkt for CHMP opinion i EMA (måned/år): 03/2026 Forventet tidspunkt for markedsføringstillatelse (MT) for den aktuelle indikasjonen i Norge (måned/år): 06/2026
<i>Hvis metoden har MT i Norge, fyll ut dato for MT</i>	Hvis metoden har MT: Dato for MT i Norge for den aktuelle indikasjonen: Klikk eller trykk for å skrive inn en dato.
4.4 Har legemiddelet en betinget markedsføringstillatelse for anmodet indikasjon?	Ja ☐ Nei ☒
<i>Hvis ja, fyll ut en beskrivelse av hva som skal leveres til EMA og når.</i>	Beskrivelse: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
4.5 Har anmodet indikasjon vært i «accelerated assessment» hos EMA?	Ja ☐ Nei ☒

4.6 Har legemiddelet «orphan drug designation» i EMA? <i>Hvis ja, fyll ut dato</i>	Ja ☒ Nei ☐ Dato for «orphan drug designation»: 26.02.2019
---	--

5 Ordning for forenklet vurdering av PD-(L)1-legemidler

5.1 Er legemiddelet registrert i Nye metoders ordning «Forenklet vurdering av PD-(L)1-legemidler»?	Ja ☐ Nei ☒
--	---

6 Sammenlignbarhet og anbud

6.1 Finnes det andre legemidler med lignende virkningsmekanisme og /eller tilsvarende effekt til den aktuelle indikasjonen?	Ja ☐ Nei ☒ Kommentar: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
6.2 Vurderer leverandør at legemiddelet i anmodningen er sammenlignbart med et eller flere andre legemidler som Nye metoder har besluttet å innføre til den samme indikasjonen? <i>Hvis ja, hvilke(t)? Oppgi ID-nummer på metoden/metodene i Nye metoder</i>	Ja ☐ Nei ☒ Legemiddel og ID-nummer: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
6.3 Er det eksisterende anbud på terapiområdet som kan være aktuelt for legemiddelet?	Ja ☐ Nei ☒ Kommentar: Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

7 Nordisk samarbeid JNHB (Joint Nordic HTA-bodies)

7.1 Er anmodet indikasjon aktuell for utredning i det nordiske HTA-samarbeidet JNHB? <i>Hvis nei, begrunn kort</i>	Ja ☐ Nei ☒ Begrunnelse: No. Guidelines for first-line treatment of ES-SCLC in Finland are different from the other Nordic countries, and atezolizumab is not reimbursed in Finland.
---	--

8 Europeisk samarbeid om vurdering av relativ effekt og sikkerhet (HTAR)

8.1 Er anmodet legemiddel/indikasjon omfattet av regelverket for utredning av relativ effekt og sikkerhet i europeisk prosess (HTAR)?

Hvis ja, fyll ut dato for søknad om MT til EMA

Ja ☒ Nei ☐

Dato for søknad til EMA:

17/12 2025

9 Helseøkonomisk dokumentasjon og forslag til helseøkonomisk analyse

9.1 Hvilken type helseøkonomisk analyse foreslår leverandøren?

F.eks. kostnad-per-QALY analyse eller kostnadsminimeringsanalyse.

Begrunn forslaget

Cost-per-QALY analysis will be submitted since lurbinectedin in combination with atezolizumab has a better effect on progression-free survival and overall survival compared with current standard of care for this indication in Norway (atezolizumab maintenance monotherapy).

9.2 Pasientpopulasjonen som den helseøkonomiske analysen baseres på, herunder eventuelle undergrupper.

The health economic analysis includes adult patients with extensive-stage small cell lung cancer (ES-SCLC) whose disease has not progressed after first-line induction therapy with atezolizumab, carboplatin and etoposide

9.3 Hvilken dokumentasjon skal ligge til grunn? (H2H studie, ITC, konstruert komparatorarm etc.)

Angi det som er relevant med tanke på hvilken type analyse som foreslås.

The analysis will be based on the H2H study IMforte (NCT05091567).

9.4 Forventet legemiddelbudsjett i det året med størst budsjettvirkning i de første fem år.

Estimated budget impact will be included in dossier.

9.5 Forventet tidspunkt (måned og år) for levering av dokumentasjon til Direktoratet for medisinske produkter og/eller Sykehusinnkjøp HF.

Tidspunkt må oppgis

July - September 2026. Uncertain when JCA report will be available.

10 Sykdommen og eksisterende behandling

10.1 Sykdomsbeskrivelse for aktuell indikasjon

Kort beskrivelse av sykdommens patofysiologi og klinisk presentasjon / symptombilde, eventuelt inkl. referanser

SCLC is a high-grade neuroendocrine carcinoma characterized by a biallelic inactivation of both tumor suppressor genes *RB1* and *TP53*. Due to the aggressive nature of SCLC, the majority of patients are diagnosed with extensive stage disease (García-Campelo et al. 2023, Ocak et al. 2021). Clinical presentation of SCLC is diverse and reflects both the location of the primary tumour and the presence of metastatic disease or paraneoplastic syndromes (immune-mediated reactions or ectopic hormone production occurring in the context of the malignancy) (Kanaji et al. 2014, van Meerbeeck et al. 2011). Presenting symptoms may include persistent cough, weight loss, or dyspnoea. Additional manifestations include superior vena cava syndrome (characterized by upper body oedema and facial flushing), oesophageal compression leading to dysphagia, and recurrent laryngeal nerve involvement resulting in hoarseness or left vocal cord paralysis (Dingemans et al. 2021, National Comprehensive Cancer Network 2025, Society for diagnosis and therapy of haematological and oncological diseases 2023).

Systemic symptoms, including fatigue, anorexia, and unintentional weight loss, are often present and reflect the high metastatic potential of SCLC. Neurological complaints may occur secondary to either metastatic involvement or paraneoplastic syndromes. The most frequent sites of distant metastasis include the brain, liver, adrenal glands, bone, and bone marrow (National Comprehensive Cancer Network 2025).

Factors that indicate a poor prognosis for ES-SCLC include high Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status (PS), weight loss, presence of liver or brain metastases, and markers associated with excessive bulk of disease such as elevated lactate dehydrogenase (Dingemans et al. 2021)

References:

García-Campelo, et al 2023. SEOM-GECP Clinical guidelines for diagnosis, treatment and follow-up of small-cell lung cancer (SCLC) (2022). Clin Transl Oncol, 25, 2679-2691.
Ocak, et al. 2021. Lung Cancer in Belgium. *J Thorac Oncol*, 16, 1610-1621

	Kanaji, et al. 2014. Paraneoplastic syndromes associated with lung cancer. <i>World J Clin Oncol</i>, 5, 197-223. van Meerbeeck, et al. 2011. Small-cell lung cancer. <i>Lancet</i>, 378, 1741-55. Dingemans, et al. 2021. Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. <i>Ann Oncol</i>, 32, 839-853. National Comprehensive Cancer Network 2025. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Small Cell Lung Cancer Version 4.2025 — January 13, 2025.
10.2 Fagområde <i>Angi hvilket fagområde som best beskriver metoden</i>	Velg fagområde fra menyen: Kreftsykdommer
10.3 Kreftområde <i>Hvis metoden gjelder fagområdet Kreftsykdommer, angi hvilket kreftområde som er aktuelt</i>	Velg kreftområde fra menyen: Lungekreft
10.4 Dagens behandling <i>Nåværende standardbehandling i Norge, inkl. referanse</i>	For ES-SCLC patients, atezolizumab in combination with chemotherapy (carboplatin and etoposide) is currently used as standard induction treatment followed by atezolizumab monotherapy as maintenance therapy (approved by Beslutningsforum 27.09.2021). Lung cancer guidelines from Helsedirektoratet (May 2025): Anbefaling – kjemoimmunterapi ES-SCLC - Førstelinje behandling er fire kurer karboplatin-etoposid sammen med atezolizumab, etterfulgt av atezolizumab hver 3. uke. - Selv ved ECOG 3 bør kjemoterapi vurderes hvis redusert allmenntilstand er klart relatert til pasientens lungekreft, men nytteverdien er sannsynligvis begrenset ved PS >1. Immunterapi kan ev. legges til om allmenntilstanden bedres. - Inklusjon i kliniske studier kan være aktuelt.
10.5 Prognose <i>Beskriv prognosen med nåværende behandlingstilbud, inkl. referanse</i>	ES-SCLC is one of the most aggressive and lethal forms of lung cancer, characterized by rapid tumour growth and high relapse rates. Despite initial sensitivity to platinum-based chemotherapy, disease recurrence typically occurs within months, and long-term survival is poor with a median progression-free survival of

	approximately 5 months and median overall survival of approximately one year from start of induction treatment (Dingemans, et al. 2021) Atezolizumab was evaluated in the phase 3 IMpower133 study (NCT02763579) comparing atezolizumab + chemotherapy with placebo + chemotherapy. Patients treated with atezolizumab + chemotherapy had a median overall survival (OS) of 12.3 months (Horn et al. 2018) References: Dingemans, et al. 2021. Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. <i>Ann Oncol</i>, 32, 839-853 Horn et al. First-Line Atezolizumab plus Chemotherapy in Extensive-Stage Small-Cell Lung Cancer. <i>N Engl J Med</i>. 2018 Dec 6;379(23):2220-2229.
10.6 Det nye legemiddelets innplassering i behandlingsalgoritmen	Lurbinectedin is expected to constitute an add-on treatment to the existing treatment algorithm (atezolizumab monotherapy in maintenance phase after first-line induction with carboplatin and etoposide).
10.7 Pasientgrunnlag <i>Beskrivelse, insidens og prevalens av pasienter omfattet av aktuell indikasjon* i Norge, inkl. referanse.</i> <i>Antall norske pasienter antatt aktuelle for behandling med legemiddelet til denne indikasjonen.</i> <i>* Hele pasientgruppen som omfattes av aktuell indikasjon skal beskrives</i>	There were 3435 new cases with lung cancer in 2024 in Norway. Around 15% av all lung cancers are SCLC (Rudin et al. 2021). Based on the assumptions in ID2019_044 (atezolizumab), around 65% of these have extensive stage SCLC, and 85% of those receive first line treatment. About 2/3 of ES-SCLC patients will receive induction therapy with atezolizumab, carboplatin and etoposide. 1/3 of patients will receive chemo therapy only (Norwegian LC experts)

	In the IMforte trial, around 27% progressed or discontinued treatment during induction phase with atezolizumab, carboplatin and etoposide (Paz-Ares L, et al. 2025) Thus, it is estimated that a total of 135-145 patients yearly will be relevant for maintenance treatment following the induction phase. As not all of these patients may tolerate or prefer lurbinectedin as add on to atezolizumab, we estimate 80-100 patients yearly could be candidates for lurbinectedin treatment. References: Rudin et al 2021, Small-cell lung cancer. Nat Rev Dis Primers. Jan 14;7(1):3). Paz-Ares L, et al. Efficacy and safety of first-line maintenance therapy with lurbinectedin plus atezolizumab in extensive-stage small-cell lung cancer (IMforte): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 trial. Lancet. 2025 Jun 14;405(10495):2129-2143). Norwegian oncologists and lung cancer experts
--	---

11 Studiekarakteristika for relevante kliniske studier			
	Studie 1	Studie 2	Studie 3
11.1 Studie-ID <i>Studienavn, NCT-nummer, hyperlenke</i>	IMforte NCT05091567 https://clinicaltrials.gov/study/NCT05091567	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
11.2 Studietype og -design	Phase III, randomized, open-label, multicenter study	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
11.3 Formål	To compare the efficacy and safety of lurbinectedin combined	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

	with atezolizumab versus atezolizumab for the maintenance treatment of ES-SCLC in patients whose disease had not progressed after first-line induction treatment with atezolizumab, carboplatin, and etoposide.		
11.4 Populasjon <i>Viktige inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	Inclusion criteria for the maintenance phase: • ECOG PS of 0 or 1 • Ongoing response or stable disease per RECIST 1.1 after 4 cycles of induction therapy • Toxicities attributed to prior induction anti-cancer therapy or PCI resolved to Grade $\leq$1 • Adequate hematologic and end-organ function Exclusion criteria for the maintenance phase: • Presence or history of CNS metastases • Receiving consolidative chest radiation • Severe infection within 2 weeks prior to randomization	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

	into the maintenance • Treatment with therapeutic oral or IV antibiotics at the time of randomization		
11.5 Intervensjon (n) <i>Dosering, doseringsintervall, behandlingsvarighet</i>	Lurbinectedin 3.2 mg/m ² administered intravenously on Day 1 of each 21-day cycle in the maintenance phase. In combination with atezolizumab administered intravenously at a fixed dose of 1200 mg on Day 1 of each 21-day cycle in the maintenance phase.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
11.6 Komparator (n) <i>Dosering, doseringsintervall, behandlingsvarighet</i>	Atezolizumab administered intravenously at a fixed dose of 1200 mg on Day 1 of each 21-day cycle in the maintenance phase.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
11.7 Endepunkter <i>Primære, sekundære og eksplorative endepunkter, herunder definisjon,</i>	Primary outcomes: Independent Review Facility (IRF)-Assessed Progression-Free Survival (PFS) defined as the time from randomization to the	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

<i>målemetode og ev. tidspunkt for måling</i>	date of first documented disease progression (as assessed by the IRF according to RECIST v1.1), or death whichever occurs first. Overall survival (OS) defined as the time from randomization to the date of death from any cause. Key secondary and exploratory outcomes: Investigator-Assessed PFS defined as the time from randomization to the first occurrence of disease progression as determined by the investigator according to RECIST v1.1, or death from any cause (whichever occurs first). Confirmed objective response rate (ORR) defined as the proportion of randomized participants with a CR or PR on two consecutive occasions ≥ 4 weeks apart after randomization, as determined by the IRF according to RECIST v1.1. Duration of Response (DOR) (for participants with a confirmed objective response) defined as the time from the first occurrence of a documented confirmed objective response after randomization until disease progression as determined by the IRF		
--	--	--	--

	according to RECIST v1.1, or death from any cause, whichever occurs first.		
11.8 Relevante subgruppeanalyser <i>Beskrivelse av ev. subgruppeanalyser</i>	Pre-defined subgroups included: age (<65 ≥65), sex, region, race, ethnicity, tobacco use history, liver metastases, prior prophylactic cranial irradiation, ECOG (0/1), lactate dehydrogenase, response to induction therapy	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
11.9 Oppfølgingstid <i>Hvis pågående studie, angi oppfølgingstid for data som forventes å være tilgjengelige for vurderingen hos Direktoratet for medisinske produkter samt den forventede/planlagte samlede oppfølgingstid for studien</i>	Approximately 24 months of follow-up will be available for evaluation. Total follow-up at the end of the study will be approximately 60 months.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
11.10 Tidsperspektiv resultater	The study is ongoing, primary analysis was published in June 2025	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

<i>Pågående eller avsluttet studie? Tilgjengelige og fremtidige datakutt</i>			
11.11 Publikasjoner <i>Tittel, forfatter, tidsskrift og årstall. Ev. forventet tidspunkt for publikasjon</i>	Efficacy and safety of first-line maintenance therapy with lurbinectedin plus atezolizumab in extensive-stage small-cell lung cancer (IMforte): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 trial Paz-Ares et al. Lancet 2025	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

12 Igangsatte og planlagte studier	
12.1 Er det pågående eller planlagte studier for legemiddelet innenfor samme indikasjon som kan gi ytterligere informasjon i fremtiden? <i>Hvis ja, oppgi forventet tidspunkt</i>	Ja ☐ Nei ☒ Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.
12.2 Er det pågående eller planlagte studier for legemiddelet for andre indikasjoner?	Ja ☐ Nei ☒ Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

13 Diagnostikk	
13.1 Vil bruk av legemiddelet til anmodet indikasjon kreve diagnostisk test for analyse av biomarkør? <i>Hvis ja, fyll ut de neste spørsmålene</i>	Ja ☐ Nei ☒

13.2 Er testen etablert i klinisk praksis? <i>Hvis ja, testes pasientene rutinemessig i dag?</i>	Ja ☐ Nei ☐ Hvis ja, testes pasientene rutinemessig i dag? Ja ☐ Nei ☐
13.3 Hvis det er behov for en test som ikke er etablert i klinisk praksis, beskriv behovet inkludert antatte kostnader/ressursbruk	Klikk eller trykk her for å skrive inn tekst.

14 Andre relevante opplysninger	
14.1 Har dere vært i kontakt med fagpersoner (for eksempel klinikere) ved norske helseforetak om dette legemiddelet/indikasjonen? <i>Hvis ja, hvem har dere vært i kontakt med og hva har de bidratt med?</i> <i>(Relevant informasjon i forbindelse med rekruttering av fageksperter i Nye metoder)</i>	Ja ☒ Nei ☐ Clinical experts Terje Halvorsen (Trondheim), Björn Henning Grönberg (Trondheim) and Vilde Drageset Haakensen (Oslo) have provided medical expert input on the interpretation of IMforte study data to Immedica
14.2 Anser leverandør at det kan være spesielle forhold ved dette legemiddelet som gjør at en innkjøpsavtale ikke kan basere seg på flat rabatt for at legemiddelet skal kunne oppfylle prioriteringskriteriene? <i>Hvis ja, begrunn kort.</i> <i>Hvis ja, skal eget skjema fylles ut og sendes til Sykehusinnkjøp HF samtidig med at dokumentasjon til metodevurdering sendes til Direktoratet for medisinske produkter.</i> <i>Nærmere informasjon og skjema:</i> Informasjon og opplæring - Sykehusinnkjøp HF	Ja ☒ Nei ☐ There might be uncertainties regarding treatment duration and long-term effects in the Norwegian clinical population eligible for the medicine. An alternative to the flat discount agreement may therefore be relevant. Immedica is open to discuss alternatives with Sykehusinnkjøp.
14.3 Andre relevante opplysninger?	In line with the expected indication, treatment with lurbinectedin plus atezolizumab requires an induction phase with atezolizumab. Approval of the combination may therefore influence future procurement processes.

--	--

Informasjon om Nye metoder finnes på nettsiden nyemetoder.no