

Richiesta inserimento paziente – **NIVOLUMAB (OPDIVO®) AVANZATO**

Luogo e data _____

Indicazioni AIFA:

OPDIVO è indicato in monoterapia per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):			
2.	Centro HUB:			
3.	Iniziale Paziente:			
4.	Data di Nascita:			
5.	Setting:	<input type="checkbox"/> Localmente avanzato/metastatico		
6.	Diagnosi:	<input type="checkbox"/> Melanoma primitivo della cute <input type="checkbox"/> Melanoma primitivo delle mucose <input type="checkbox"/> Melanoma a primitività oculare		
7.	Tipo istologico	<input type="checkbox"/> Melanoma a diffusione superficiale <input type="checkbox"/> Melanoma nodulare <input type="checkbox"/> Lentigo maligna melanoma <input type="checkbox"/> Melanoma acrale-lentiginoso <input type="checkbox"/> Melanoma desmoplastico <input type="checkbox"/> Melanoma nevoide <input type="checkbox"/> Altro sottotipo istologico: specificare _____		
8.	Valutazione dello status BRAF / PD-L1 effettuato:	BRAF <input type="checkbox"/> Mutazione V600E <input type="checkbox"/> Mutazione V600K <input type="checkbox"/> Mutazione V600D <input type="checkbox"/> Mutazione V600R <input type="checkbox"/> Altra mutazione V600 <input type="checkbox"/> Non mutato		PDL1 <input type="checkbox"/> <1% <input type="checkbox"/> ≥1% e <5% <input type="checkbox"/> ≥5% e <10% <input type="checkbox"/> ≥10% <input type="checkbox"/> Non quantificabile
9.	Stadio di malattia	<input type="checkbox"/> Stadio III non resecabile	<input type="checkbox"/> Stadio IV	
10.	Eventuale Precedente terapia nel setting adiuvante	<input type="checkbox"/> Inibitore di BRAF e MEK <input type="checkbox"/> Immunoterapia (specificare farmaco _____) <input type="checkbox"/> Altro : _____ <input type="checkbox"/> Nessuna terapia		
10.1	Se precedente immunoterapia indicare le cause di fine trattamento	<input type="checkbox"/> Tossicità <input type="checkbox"/> Fine regolare del trattamento <input type="checkbox"/> Altro		
11.	Performance status secondo scala ECOG PS	0	1	2
12.	Metastasi cerebrali attive	NO		
13.	Malattia autoimmune (ad esclusione di vitiligine, diabete mellito di tipo I, ipotiroidismo secondario a condizione autoimmune che richiede terapia ormonale sostitutiva e psoriasi che non richiede trattamento)	NO		
14.	Trattamento con immunosoppressore sistemico (ad eccezione di corticosteroidi- prednisone o equivalenti - ≤10mg/die)	NO		
15.	Linea di trattamento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥4
16.	Eventuale Precedente terapia nel setting metastatico	<input type="checkbox"/> Inibitore di BRAF e MEK <input type="checkbox"/> Ipilimumab <input type="checkbox"/> Altro: _____		<input type="checkbox"/> Nessuna terapia <input type="checkbox"/> Chemioterapia
16.1	Se immunoterapia indicare cause di fine trattamento	<input type="checkbox"/> Progressione <input type="checkbox"/> Tossicità (blocca se Ipilimumab) <input type="checkbox"/> Causa non dipendente dal farmaco <input type="checkbox"/> Fine regolare del trattamento		
17.	Paziente è stato valutato per l'inserimento il Trial Clinici disponibili in ambito della ROV	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non Eleggibile <input type="checkbox"/> Pazienti non vuole partecipare a Trial		
Il Centro Prescrittore (Centro SPOKE), nella figura professionale del Dott./Prof. _____ si assume la responsabilità in merito alla veridicità delle informazioni indicate, e garantisce la condivisione con il paziente del trattamento proposto e la firma dello stesso su consenso informato.				

Note:

- Inserimento in registro AIFA (schede di eleggibilità e successive) da effettuarsi da parte del centro prescrittore (Centro SPOKE).

Data Timbro e Firma Centro Spoke

Data Timbro Firma Centro HUB

Valutazione Centro HUB: Eleggibile	SI	NO
Note del Centro HUB:		

Valutazione Centro HUB: Eleggibile	SI	NO
<i>Note del Centro HUB:</i>		