

Richiesta inserimento paziente – **PEMBROLIZUMAB (KEYTRUDA®) ADIUVANTE**

Luogo e data: _____

Indicazioni AIFA:

KEYTRUDA in monoterapia è indicato nel **trattamento adiuvante** di pazienti adulti con melanoma al III Stadio e con coinvolgimento dei linfonodi che sono stati sottoposti a resezione completa

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):		
2.	Centro HUB:		
3.	Iniziale Paziente:		
4.	Data di Nascita:		
5.	Setting	<input type="checkbox"/> Adiuvante	
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"/> Non mutato <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	PDL1 <input type="checkbox"/> Non quantificabile <input type="checkbox"/> <1% <input type="checkbox"/> ≥1% e <4% <input type="checkbox"/> ≥5% e <9% <input type="checkbox"/> ≥10% <input type="checkbox"/> {1;49} <input type="checkbox"/> ≥50%
9.	Stadio di malattia	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IIIc <input type="checkbox"/> IIId	
10.	Paziente libero da malattia dopo chirurgia	SI	
11.	Precedente terapia nel setting adiuvante	<input type="checkbox"/> Inibitore di BRAF e MEK <input type="checkbox"/> Interferone <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Nessuna terapia
12.	Funzionalità renale	Normale	Compromessa <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Severa
13.	Funzionalità epatica	Normale	Compromessa <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata
14.	Performance status secondo scala ECOG PS	0	1 2
15.	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	
16.	Trattamento con immunosoppressore sistemico (ad eccezione di corticosteroidi- prednisone o equivalenti - ≤10mg/die)	NO	
17.	Paziente già trattato per malattia avanzata non operabile	NO	
18.	Paziente è stato valutato per l'inserimento il Trial Clinici disponibili in ambito della ROV	<input type="checkbox"/> SI <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:		