

PIANO DI CURA

Pembrolizumab

Pembrolizumab, in associazione a chemioterapia con o senza bevacizumab, è indicato nel trattamento del carcinoma della cervice persistente, ricorrente o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS ≥ 1 .

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita:	
5.	Diagnosi:	<input type="checkbox"/> Carcinoma della cervice uterina persistente, ricorrente o metastatico
6.	Stadio di malattia:	<input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/> Ricorrente <input type="checkbox"/> Metastatico
6.1	Se metastatico, presenza di metastasi cerebrali attive o meningite carcinomatosa?	<input type="checkbox"/> No
7.	La paziente è suscettibile di intervento o trattamento curativo?	<input type="checkbox"/> No
8.	Valutazione dello status di PDL1:	<input type="checkbox"/> CPS ≥ 1
9.	La paziente ha ricevuto una precedente chemioterapia sistemica per il trattamento del carcinoma alla cervice uterina?	<input type="checkbox"/> No
10.	La paziente ha effettuato una precedente terapia con anti-PD-1, anti-PD-L1, anti PDL2 o un agente diretto contro altro recettore stimolatore o inibitore delle cellule T	<input type="checkbox"/> No
11.	Pembrolizumab verrà somministrato in associazione con	<input type="checkbox"/> Paclitaxel-Cisplatino <input type="checkbox"/> Paclitaxel-Carboplatino
12.	Performance status secondo la scala ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
13.	Malattia autoimmune (ad esclusione di: vitiligine, diabete mellito di tipo I, ipotiroidismo secondario a condizione autoimmune che richiede terapia ormonale sostitutiva, psoriasi che non richiede trattamento)?	<input type="checkbox"/> No
14.	Trattamento con immunosoppressore sistemico (ad eccezione di corticosteroidi equivalente a ≤ 10 mg/die di prednisone)?	<input type="checkbox"/> No
15.	Anamnesi positiva per Malattia Polmonare Interstiziale?	<input type="checkbox"/> No
16.	Il paziente è stato valutato per l'inserimento in Trial Clinici disponibili in ambito della ROV	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non Eleggibile <input type="checkbox"/> Paziente non vuole partecipare a Trial

UOC Oncologia nella figura professionale del Dott./Prof. _____ si assume la responsabilità in merito alla veridicità delle informazioni indicate.

Si raccomanda che vi sia evidenza della valutazione multidisciplinare dedicata in cartella clinica.

Data _____

Data _____

Timbro e Firma Centro Spoke

Timbro e Firma Centro Hub

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