

Richiesta inserimento paziente – **ENCORAFENIB+ BINIMETINIB (BRAFTOVI+MEKTOVI®)**

Luogo e data _____

Indicazioni AIFA:

Encorafenib in associazione a Binimetinib è indicato per il trattamento di pazienti adulti con melanoma inoperabile o metastatico con mutazione del BRAF V600.

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziale Paziente:	
4.	Data di Nascita:	
5.	Diagnosi	<input type="checkbox"/> Melanoma primitivo della cute <input type="checkbox"/> Melanoma primitivo delle mucose
6.	Valutazione dello stato BRAF effettuata mediante utilizzo di un test validato così come previsto da RCP presso la sede di: _____	TIPO DI MUTAZIONE <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 (specificare _____)
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.	Stadio di malattia	<input type="checkbox"/> Stadio III inoperabile <input type="checkbox"/> Stadio IV
9.	Eventuale precedente terapia nel setting adiuvante	<input type="checkbox"/> Inibitore di BRAF e di MEK <input type="checkbox"/> Immunoterapia <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Nessuna terapia
9.1	Se Inibitore di BRAF e MEK indicare la causa di fine trattamento	<input type="checkbox"/> Causa non dipendente dal farmaco <input type="checkbox"/> Tossicità <input type="checkbox"/> Fine regolare del trattamento
10.	Linea di trattamento per malattia inoperabile/metastatica	1 2 ≥3
11.	Eventuale precedente terapia nel setting metastatico	<input type="checkbox"/> Inibitore BRAF: _____ <input type="checkbox"/> Inibitore MEK : _____ <input type="checkbox"/> Immunoterapia <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Nessuna terapia
11.1	Se Inibitore di BRAF o MEK indicare la causa di fine trattamento	<input type="checkbox"/> Causa non dipendente dal farmaco <input type="checkbox"/> Tossicità <input type="checkbox"/> Fine regolare del trattamento
12.	Paziente con anamnesi di malattie degenerative retiniche e/o RVO	NO
13.	Anamnesi positiva per malattie cardiovascolari	SI NO <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> Sindrome del QT lungo <input type="checkbox"/> Altri disturbi del ritmo <input type="checkbox"/> Eventi tromboembolici <input type="checkbox"/> Altro _____
14.	Performance score secondo scala ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
15.	Funzionalità epatica	Normale Compromessa <input type="checkbox"/> Lieve
16.	Funzionalità renale	Normale Compromessa <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Severa
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:		