

PIANO DI CURA

Nivolumab Ipilimumab melanoma metastatico

OPDIVO in associazione ad YERVOY è indicato, negli adulti, per il trattamento del melanoma metastatico in presenza di metastasi cerebrali asintomatiche o con PD-L1 < 1%.

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):									
2.	Centro HUB:									
3.	Iniziali Paziente:									
4.	Data di Nascita:	/ /								
5.	Setting	<input type="checkbox"/> Metastatico								
6.	Diagnosi	<input type="checkbox"/> Melanoma primitivo della cute <input type="checkbox"/> Melanoma primitivo delle mucose								
7.	Istologia:	<input type="checkbox"/> A diffusione superficiale <input type="checkbox"/> Nodulare <input type="checkbox"/> Lentigo maligna melanoma <input type="checkbox"/> Acrale lentiginoso <input type="checkbox"/> Nevoide <input type="checkbox"/> Desmoplastico <input type="checkbox"/> altro: _____								
8.	Valutazione dello status BRAF / PD-L1 effettuato:	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>BRAF</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>PD-L1</td> <td>SI <input type="checkbox"/></td> <td>NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		BRAF	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		PD-L1	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	BRAF	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
	PD-L1	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>							
9.	Stadio della malattia	<input type="checkbox"/> Stadio III inoperabile <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 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 ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1								
12.	Metastasi cerebrali asintomatiche	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> No								
14.	Trattamento con immunosoppressore sistemico (ad eccezione di corticosteroidi- prednisone o equivalenti - ≤10mg/die)	<input type="checkbox"/> 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/MEK <input type="checkbox"/> Immunoterapia (specificare _____) <input type="checkbox"/> Chemioterapia <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Nessuna terapia								
16.1	Se immunoterapia indicare cause di fine trattamento	<input type="checkbox"/> Progressione <input type="checkbox"/> Causa non dipendente dal farmaco <input type="checkbox"/> Tossicità <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								

**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:		