

## PIANO DI CURA

### **PADELIPORFINA (Tookad)**

TOOKAD è indicato in monoterapia per pazienti adulti affetti da adenocarcinoma della prostata unilaterale, a basso rischio e non trattato precedentemente, con un'aspettativa di vita  $\geq 10$  anni e: a) stadio clinico T1c o T2a; b) punteggio Gleason  $\leq 6$ , sulla base di tecniche biottiche ad alta risoluzione; c) PSA  $\leq 10$  ng/mL; d) 3 prelievi biottici positivi per tumore con una lunghezza massima del tumore pari a 5 mm in uno qualsiasi dei prelievi o 1-2 prelievi positivi per tumore con interessamento tumorale  $\geq 50\%$  in uno qualsiasi dei prelievi o una densità del PSA (PSA density)  $\geq 0,15$  ng/mL/cm<sup>3</sup>.

|      |   |   |
|------|---|---|
| 1.   | Centro Autorizzato (UOC Urologia):  |   |
| 2.   | Iniziale Paziente:  |   |
| 3.   | Data di Nascita:  | / /   |
| 4.   | Stadio della malattia   | <input type="checkbox"/> T1c <input type="checkbox"/> T2a   |
| 5.   | Localizzazione del tumore   | <input type="checkbox"/> unilaterale  |
| 6.   | Precedenti linee di trattamento/terapie in corso  | <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |
| 7.   | Punteggio di Gleason $\leq 6$   | <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |
| 8.   | Valore PSA $\leq 10$ ng/mL  | <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |
| 9.   | Numero prelievi biottici positivi per tumore  | <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3   |
| 9.1  | se 1-2 prelievi biottici positivi   | <input type="checkbox"/> Interessamento tumorale $\geq 50\%$ in almeno 1 prelievo<br><input type="checkbox"/> PSA density $\geq 0,15$ ng/mL/cm <sup>3</sup> |
| 9.2  | se 3 prelievi biottici positivi   | Lunghezza tumore $\leq 5$ mm in almeno 1 prelievo:<br><input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>                                 |
| 10.  | Danneggiamento dello sfintere uretrale (es. TURP) dovuto a interventi prostatici precedenti | <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |
| 11.  | Diagnosi di colestasi   | <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |
| 12.  | Peggioramento in corso di malattia infiammatoria intestinale a livello del retto            | <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |
| 13.  | Presenza nel centro delle tecnologie necessarie al trattamento                              | <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |
| 13.1 | Se SI indicare quali  | _____   |
| 14.  | Expertise del centro nella terapia fotodinamica vascolare mirata                            | <input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b>   |
| 15.  | Effettuata valutazione Multidisciplinare come previsto da decreto                           | <input type="checkbox"/> <b>Si</b>  |
| 16.  | Centro SPOKE presso il quale viene somministrato il farmaco                                 | _____   |

**UOC Urologia 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.**

Note:

- Inviare il piano di cura scansionato e firmato all'indirizzo : [centriprescrittori.rov@iov.veneto.it](mailto:centriprescrittori.rov@iov.veneto.it)

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma CROV

Timbro Firma Direttore UOC Urologia

|   |    |    |
|---|----|----|
| <b>Valutazione Centro HUB: Eleggibile</b> | SI | NO |
| Note del Centro HUB:                      |    |    |