

PIANO DI CURA

Avelumab

Avelumab è indicato in monoterapia per il trattamento di mantenimento di prima linea di pazienti adulti affetti da carcinoma uroteliale (urothelial carcinoma, UC) localmente avanzato o metastatico senza progressione dopo chemioterapia a base di platino

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita:	
5.	Diagnosi	<input type="checkbox"/> Carcinoma uroteliale a cellule transizionali
6.	Sede del tumore primario (carcinoma uroteliale)	<input type="checkbox"/> Vescica <input type="checkbox"/> Uretra <input type="checkbox"/> Uretere <input type="checkbox"/> Pelvi renale
7.	Stadio di malattia	<input type="checkbox"/> Localmente avanzato <input type="checkbox"/> Metastatico
8.	Sedi di malattia metastatica (specificare)	_____
8.1	Se indicato encefalo come sede metastatica, presenza di lesioni cerebrali attive?	<input type="checkbox"/> No
9.	Il paziente è senza progressione dopo una I linea con	<input type="checkbox"/> Carboplatino + gemcitabina <input type="checkbox"/> Cisplatino + gemcitabina
10.	Risposta ottenuta con la I linea a base di platino	<input type="checkbox"/> Risposta completa <input type="checkbox"/> Risposta parziale <input type="checkbox"/> Stabilità
11.	Data di fine ultimo ciclo della I linea a base di platino	___/___/___
12.	Valutazione dello status di PDL1	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Non valutato
13.	Il paziente ha effettuato una terapia (neo)adiuvante	<input type="checkbox"/> Sì, più di 12 mesi prima della presente valutazione <input type="checkbox"/> Non effettuata
14.	Precedente terapia con anti-PD1, anti-PDL1 o anti-CTLA4	<input type="checkbox"/> No
15.	Performance status secondo scala ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
16.	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
17.	Malattia che richiede un'immunosoppressione terapeutica o infezione attiva da HIV, epatite B o C?	<input type="checkbox"/> No
18.	Terapia sistemica con steroidi o altri immunosoppressori (ad eccezione di somministrazioni di breve durata di steroidi sistemici o di terapia corticosteroidea sostitutiva in caso di insufficienza surrenalica ≤10mg al giorno o equivalenti di prednisone)?	<input type="checkbox"/> No

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.

Note:

Data _____

Data _____

Timbro e Firma Centro Spoke

Timbro e Firma Centro Hub

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