

## PIANO DI CURA

### **Pembrolizumab TNBC**

Pembrolizumab, in associazione a chemioterapia, è indicato nel trattamento del carcinoma mammario triplo negativo localmente ricorrente non resecabile o metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS  $\geq 10$  e che non hanno ricevuto una precedente chemioterapia per malattia metastatica.

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita:	
5.	Diagnosi:	<input type="checkbox"/> Carcinoma mammario triplo negativo (TNBC: marcatori ER, PR e HER2 negativi)
6.	Stadio di malattia:	<input type="checkbox"/> Localmente ricorrente non resecabile <input type="checkbox"/> Metastatico
6.1	Se metastatico, presenza di metastasi cerebrali attive o meningite carcinomatosa?	<input type="checkbox"/> No
7.	Linea di terapia per malattia metastatica	<input type="checkbox"/> 1
8.	Precedente trattamento nel setting (neo)adiuvante?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, (neo)adiuvante
8.1	Se sì, indicare i farmaci utilizzati nell'ultima terapia (neo)adiuvante:	<input type="checkbox"/> Platino <input type="checkbox"/> Taxano <input type="checkbox"/> Antraciclina <input type="checkbox"/> Altro: _____
8.2	Se sì, la paziente ha ricevuto: - Platino o Taxano in associazione a gemcitabina e carboplatino OR Nabpaclitaxel/Paclitaxel da $\leq 12$ mesi <i>Oppure</i> - Altra terapia da $\leq 6$ mesi?	<input type="checkbox"/> Sì
8.3	Se NON selezionata Antraciclina, terapia non effettuata per controindicazioni alla terapia o perché non considerata la migliore opzione terapeutica	<input type="checkbox"/> Sì
9.	Valutazione dello status di PD-L1:	<input type="checkbox"/> CPS $\geq 10$
10.	Precedente terapia con agenti anti-PD-1 o anti-PD-L1?	<input type="checkbox"/> No
11.	Performance status secondo la scala ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
12.	Pembrolizumab verrà somministrato in associazione a:	<input type="checkbox"/> Paclitaxel <input type="checkbox"/> Nab-Paclitaxel <input type="checkbox"/> Gemcitabina/carboplatino
13.	Presenza di malattia autoimmune	<input type="checkbox"/> No
14.	Paziente in trattamento con immunosoppressore sistemico (ad eccezione di corticosteroidi equivalente a $\leq 10$ 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

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