

Richiesta inserimento paziente –ATEZOLIZUMAB (TECENTRIQ®)

Indicazione AIFA:

Tecentriq è indicato in monoterapia per il trattamento di pazienti adulti affetti da carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC), localmente avanzato o metastatico precedentemente sottoposti a chemioterapia. Prima di essere trattati con Tecentriq, i pazienti con mutazioni attivanti il recettore del fattore di crescita dell'epidermide (EGFR) o con tumori positivi per la chinasi del linfoma anaplastico (ALK) devono essere stati sottoposti anche ad una terapia a bersaglio molecolare.

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):			
2.	Centro HUB:			
3.	Iniziale Paziente:			
4.	Data di Nascita:			
5.	Istologia:	Squamosa	Non Squamosa	
	<i>Specificare:</i>			
6.	Stadio clinico (TNM 7.0)	<i>IIIB</i>	<i>IV</i>	
7.	Mutazione attivante EGFR	SI	NO	Non eseguito
8.	Traslocazione/Riarrangiamento di ALK o ROS1	SI	NO	Non eseguito
9.	Valutazione immunohistochimica dell'espressione PDL1	< 1% ≥1% e <5 % ≥1% e <10% ≥ 10% e <50% ≥ 50%	Negativo	Non eseguito
9.1	<i>Specificare Kit o Piattaforma se disponibile:</i>			
10.	Precedente trattamento di prima linea (trattamento sistemico per malattia metastatica):			
10.1	<i>Con platino:</i>	SI	NO	
11.	Recidiva o progressione documentata dopo precedente trattamento chemioterapico di prima linea con una doppietta contenente platino:	SI	NO	
12.	Se richiesto per ≥ 3L precedente trattamento di seconda e/o terza linea :	Seconda	terza	
	<i>Farmaco</i>			
13.	Presenza di caratteristiche prognostiche sfavorevoli e/o malattia aggressiva (segnare tutte le voci applicabili):	<3 mesi dall'ultima terapia	PD come migliore risposta alla precedente terapia	ECOG PS 1
15.	Linea di trattamento per la quale si richiede valutazione per Atezolizumab:	Seconda	Terza	Quarta
16.	Performance Status (ECOG):	<i>PS (ECOG) 0-1</i>	<i>PS (ECOG) 2</i>	
17.	Terapia precedente con agenti anti PD1, anti PDL-1 e anti CTLA-4 :	SI	NO	
18.	Anamnesi positiva di malattia polmonare interstiziale:	SI	NO	
19.	Malattie autoimmuni (ad esclusione di vitiligine, diabete mellito di tipo I, ipotiroidismo secondario a tiroidite autoimmune che richiede terapia ormonale sostitutiva) e trattamento con immunosoppressore sistemico (ad eccezione di corticosteroidi - prednisone o equivalente- con dose ≤10 mg die:	SI	NO	
20.	<i>EVENTUALI NOTE AGGIUNTIVE:</i>			

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
<i>Note del Centro HUB:</i>		