

PIANO DI CURA

Durvalumab

Durvalumab in combinazione con etoposide e carboplatino o cisplatino è indicato per il trattamento di prima linea di pazienti adulti con carcinoma polmonare a piccole cellule in stadio esteso (ES-SCLC).

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita:	
5.	Diagnosi:	<input type="checkbox"/> Carcinoma polmonare a piccole cellule (SCLC)
6.	Stadio della malattia istologicamente o citologicamente confermato (criterio VALG)	<input type="checkbox"/> Esteso
7.	Linea di terapia:	<input type="checkbox"/> 1 linea
8.	Valutazione dello stato di PDL-1 effettuato:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8.1	Se SI, indicare livello di espressione:	<input type="checkbox"/> <1% <input type="checkbox"/> ≥1% e ≤24% <input type="checkbox"/> ≥25% <input type="checkbox"/> non quantificabile
9.	Il paziente ha ricevuto un precedente trattamento per malattia in stadio limitato:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10.	Performance status secondo scala ECOG:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
11.	Il paziente ha effettuato una precedente terapia con CD137 agonisti, anti-PD-1, anti-PD-L1, anti-CTLA-4?	<input type="checkbox"/> No
12.	Malattie virali attive (epatite B, C o HIV) o tubercolosi attiva:	<input type="checkbox"/> No
13.	Malattia autoimmune attiva, anamnesi positiva per immunodeficienza o per reazioni avverse immuno-mediate severe	<input type="checkbox"/> No
14.	Trattamento con immunosoppressore sistemico in corso o nelle 2 settimane precedenti all'inizio della terapia (ad eccezione di corticosteroidi equivalente a ≤ 10 mg/die di prednisone)?	<input type="checkbox"/> No
15.	Il paziente ha ricevuto nei 30 giorni precedenti all'inizio della terapia un vaccino a base di virus attenuato?	<input type="checkbox"/> No
16.	Anamnesi positiva o presenza di malattia polmonare interstiziale?	<input type="checkbox"/> No
17.	Evidenza di polmonite attiva rilevata alla TC toracica o polmonite da radioterapia non risolta?	<input type="checkbox"/> No
18.	La paziente è stata valutata per l'inserimento in Trial Clinici disponibili in ambito della ROV	<input type="checkbox"/> Si <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

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