

PIANO DI CURA

Pembrolizumab TNBC INIZIALE

Pembrolizumab, in associazione a chemioterapia, come trattamento neoadiuvante e poi continuato in monoterapia come trattamento adiuvante dopo intervento chirurgico, nel trattamento di adulti con carcinoma mammario triplo negativo localmente avanzato o in fase iniziale ad alto rischio di recidiva.

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.	Tumore primitivo (T):	<input type="checkbox"/> T1c <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 a-d	Non blocca se selezionato (da registro AIFA): T1c and N1 or N2 OR T2 or T3 or T4 a-d AND N0 or N1 or N2
n7.	Linfonodi regionali (N):	<input type="checkbox"/> N0 <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2	
6.	Stadio di malattia:	<input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IIB <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IIIB	
7.	Performance status secondo la scala ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
8.	Presenza di malattia autoimmune	<input type="checkbox"/> No	
9.	Trattamento con chemioterapia o terapia target o radioterapia nei 12 mesi precedenti	<input type="checkbox"/> No	
10.	Trattamento con immunosoppressore sistemico (ad eccezione di corticosteroidi -prednisone o equivalenti- ≤ 10mg/die)?	<input type="checkbox"/> No	
11.	Il paziente ha ricevuto nelle 4 settimane precedenti all'inizio della terapia una terapia a base di immunostimolante sistemico o vaccino a base di virus attenuato?	<input type="checkbox"/> No	
12.	Anamnesi positiva per Malattia Polmonare Interstiziale	<input type="checkbox"/> No	
13.	E' stata valutata la funzionalità cardiaca e la Frazione di Eiezione del Ventricolo sinistro (LVEF) ≥50% con ecocardiogramma o MUGA scan prima di iniziare la terapia con Pembrolizumab ?	<input type="checkbox"/> Sì	
14.	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

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