

PIANO DI CURA

Pembrolizumab

KEYTRUDA in monoterapia è indicato negli adulti con carcinoma dell'endometrio MSI-H o dMMR nel seguente setting:

- trattamento del carcinoma dell'endometrio avanzato o ricorrente, con progressione della malattia durante o dopo un precedente trattamento con una terapia contenente platino in qualsiasi setting e che non sono candidati a chirurgia curativa o radioterapia

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita:	/ /
5.	Diagnosi	<input type="checkbox"/> Carcinoma endometriale avanzato o ricorrente
6.	Istologia:	<input type="checkbox"/> Carcinoma endometriode di tipo I <input type="checkbox"/> Carcinoma endometriode di tipo II
7.	Valutazione alla diagnosi iniziale	<ul style="list-style-type: none"> • Stadio FIGO: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV • Grado: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
8.	Stadio di malattia:	<input type="checkbox"/> avanzato <input type="checkbox"/> ricorrente
9.	Presenza di instabilità dei microsatteliti (MSI-H) e/o deficit di riparazione del mismatch (dMMR)	<input type="checkbox"/> Si
9.1	Se MSI-H e/o dMMR, la valutazione è stata effettuata tramite metodica:	<input type="checkbox"/> IHC <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> NGS
10.	Si è riscontrata progressione durante o successivamente ad una chemioterapia a base di platino?	<input type="checkbox"/> Si
11.	Linea di terapia per il setting avanzato/ricorrente	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥4
12.	E' stato eseguita una precedente terapia con anti-PD-1, anti-PD-L1?	<input type="checkbox"/> No
13.	Il paziente è candidabile a chirurgia curativa o radioterapia ?	<input type="checkbox"/> No
14.	Performance status secondo la scala ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
15.	La paziente presenta : <ul style="list-style-type: none"> • Malattia autoimmune (eccetto vitiligine, diabete mellito di tipo I, ipotiroidismo secondario a condizione autoimmune che richiede terapia ormonale sostitutiva, psoriasi che non richiede trattamento sistemico)? • Metastasi cerebrali attive/meningite carcinomatosa • Trattamento con immunosoppressore sistemico (eccetto corticosteroidi equivalente a ≤ 10 mg/die di prednisone) 	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
16.	Il paziente è stato valutato 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:		