

Richiesta inserimento paziente – **DABRAFENIB+TRAMETINIB (TAFINLAR+MEKINIST®) ADIUVANTE**

Luogo e data _____

Indicazioni AIFA:

Dabrafenib in associazione con trametinib è indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in stadio III positivo alla mutazione BRAF V600, dopo resezione completa.

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):					
2.	Centro HUB:					
3.	Iniziale Paziente:					
4.	Data di Nascita:					
5.	Setting:	<input type="checkbox"/> Adiuvante				
6.	Diagnosi:	<input type="checkbox"/> Melanoma primitivo della cute				
7.	Tipo istologico	<input type="checkbox"/> Melanoma a diffusione superficiale <input type="checkbox"/> Melanoma nodulare <input type="checkbox"/> Lentigo maligna melanoma <input type="checkbox"/> Melanoma acrale-lentiginoso <input type="checkbox"/> Melanoma desmoplastico <input type="checkbox"/> Melanoma nevoide <input type="checkbox"/> Altro sottotipo istologico :specificare _____				
8.	Valutazione dello stato BRAF effettuata mediante utilizzo di un test validato così come previsto da RCP presso la sede di: _____	TIPO DI MUTAZIONE <input type="checkbox"/> Mutazione V600E <input type="checkbox"/> Mutazione V600K <input type="checkbox"/> Mutazione V600D <input type="checkbox"/> Mutazione V600R <input type="checkbox"/> Altra mutazione V600 (specificare _____)				
9.	Stadio di malattia	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IIIc <input type="checkbox"/> IIId				
10.	Precedente terapia nel setting adiuvante	<input type="checkbox"/> Immunoterapia <input type="checkbox"/> Interferone <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Nessuna Terapia				
11.	Performance status secondo scala ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4				
12.	Anamnesi positiva per malattie cardiovascolari	<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="text-align:center">SI</td> <td style="text-align:center">NO</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> Altri disturbi del ritmo <input type="checkbox"/> Eventi tromboembolici <input type="checkbox"/> Altro: specificare _____ </td> <td></td> </tr> </table>	SI	NO	<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> Altri disturbi del ritmo <input type="checkbox"/> Eventi tromboembolici <input type="checkbox"/> Altro: specificare _____	
SI	NO					
<input type="checkbox"/> Ipertensione arteriosa <input type="checkbox"/> Cardiopatia ischemica <input type="checkbox"/> Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/> Altri disturbi del ritmo <input type="checkbox"/> Eventi tromboembolici <input type="checkbox"/> Altro: specificare _____						
13.	Paziente già trattato per malattia avanzata non operabile	<input type="checkbox"/> No				
14.	Paziente è stato valutato per l'inserimento il Trial Clinici disponibili in ambito della ROV	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Non Eleggibile <input type="checkbox"/> Pazienti non vuole partecipare a Trial				
<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>		

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