

Richiesta inserimento paziente –**ATEZOLIZUMAB** (TECENTRIQ®)

Data e Luogo _____

Indicazione AIFA:

Tecentriq, in combinazione con carboplatino ed etoposide, 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.	Iniziale Paziente:		
4.	Data di Nascita:		
5.	Sede stadio "esteso" di malattia (criterio VALG)	<input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Encefalo <input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Surrene <input type="checkbox"/> Ossa <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
6.	Eseguita valutazione dell'espressione di PDL1	SI	NO
6.1	Se SI Indicare livello di espressione PDL1 (TC e IC)	TC <input type="checkbox"/> Non disponibile <input type="checkbox"/> < 1% (TC0) <input type="checkbox"/> ≥1% e <5 % (TC1) <input type="checkbox"/> ≥5% e <50% (TC2) <input type="checkbox"/> ≥ 50% (TC3)	IC <input type="checkbox"/> Non disponibile <input type="checkbox"/> < 1% (IC0) <input type="checkbox"/> ≥1% e <5 % (IC1) <input type="checkbox"/> ≥5% e <10% (IC2) <input type="checkbox"/> ≥ 10% (IC3)
7.	Performance Status (ECOG):	0	1 2
8.	Linea di trattamento per la quale si richiede valutazione per Atezolizumab:	Prima	
9.	Altri precedenti trattamenti con:		
9.1	agenti CD137 agonisti, anti PD-1, anti PDL-1 o anti-CTLA4	SI	NO
9.2	immunosoppressore sistemico (ad eccezione di agente immuno soppressore a basse dosi o corticosteroidi/mineralcorticoidi inalatori o corticosteroidi a basse dosi per insufficienza adrenocorticale) nelle 2 settimane precedenti la data pianificata di inizio terapia	SI	NO
9.3	immunostimolante sistemico o vaccino a base di virus attenuato nelle 4 settimane precedenti la data pianificata di inizio terapia	SI	NO
10.	Anamnesi positiva per fibrosi polmonare idiopatica, polmonite interstiziale, polmonite indotta da farmaci e polmonite idiopatica	SI	NO
11.	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	
12.	<u>EVENTUALI NOTE AGGIUNTIVE:</u>		

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>		