

PIANO DI CURA

Nivolumab Ipilimumab

Opdivo in associazione ad Ipilimumab e 2 cicli di chemioterapia a base di platino è indicato per il trattamento in prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico negli adulti il cui tumore non esprime mutazioni per EGFR e traslocazioni di ALK e con espressioni di PD-L1 < 50%

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita:	/ /
5.	Diagnosi	<input type="checkbox"/> Carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC)
6.	Nivolumab verrà somministrato	<input type="checkbox"/> In associazione a ipilimumab e 2 cicli di cht a base di platino Schema _____
7.	Istologia	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Carcinoma adenosquamoso <input type="checkbox"/> Carcinoma squamocellulare <input type="checkbox"/> Carcinoma a grandi cellule <input type="checkbox"/> Carcinoma NOS (not otherwised specified)
8.	Stadio della malattia	<input type="checkbox"/> Stadio IV
9.	Sedi di malattia (specificare)	_____
10.	Metastasi cerebrali attive (non trattate)	<input type="checkbox"/> No
11.	Mutazione attivante EGFR-TK, riarrangiamento ALK Altre mutazioni _____	<input type="checkbox"/> Negativo
12.	Livello di espressione di PDL1	<input type="checkbox"/> < 1% <input type="checkbox"/> ≥ 1% e < 5% <input type="checkbox"/> ≥ 5% e < 50% <input type="checkbox"/> ≥ 50%
13.	Linea di terapia per malattia metastatica	<input type="checkbox"/> 1
14.	Effettuata precedente terapia con: • anti-PD1, anti PD-L1 • inibitori di EGFR e/o di ALK	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
15.	Performance status ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
16.	Paziente è stato valutato per l'inserimento il Trial Clinici disponibili in ambito della ROV	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non Eleggibile <input type="checkbox"/> Pazienti 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:		