

Richiesta inserimento paziente –PEMBROLIZUMAB-NSCLC

Indicazione AIFA:

Data e luogo _____

- Trattamento di prima linea del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) metastatico negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con tumour proportion score (TPS) ≥ 50 % in assenza di tumore positivo per mutazione di EGFR o per ALK. **(1L monoterapia)**
- Pembrolizumab, in associazione a pemetrexed e chemioterapia contenente platino, è indicato nel trattamento di prima linea del NSCLC metastatico non squamoso negli adulti il cui tumore non è positivo per mutazioni di EGFR o per ALK. **(1L in associazione)**
- Pembrolizumab è indicato nel trattamento del carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) localmente avanzato o metastatico negli adulti i cui tumori esprimono PD-L1 e che hanno ricevuto almeno un trattamento chemioterapico. I pazienti con tumore positivo per mutazione di EGFR e per ALK devono anche avere ricevuto una terapia approvata per queste mutazioni prima di ricevere KEYTRUDA. **(LS)**

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):				
2.	Centro HUB:				
3.	Iniziale Paziente:				
4.	Data di Nascita:				
5.	Istologia:	Squamosa	Grandi cellule	Adenocarcinoma	NOS
	<i>Specificare:</i>				
6.	Stadio clinico (TNM 7.0)	<i>IIIB</i>		<i>IV</i>	
7.	Mutazione attivante EGFR	SI		NO	
8.	Traslocazione/Riarrangiamento di ALK o ROS1	SI		NO	
9.	Valutazione immunohistochimica dell'espressione PDL1	$< 1\%$ $\geq 1\%$ e $< 49\%$ $\geq 50\%$		Non effettuato/Non eseguibile	
9.1	<i>Specificare Kit o Piattaforma se disponibile:</i>				
10.	Precedente trattamento di prima linea (trattamento sistemico per malattia metastatica):				
10.1	<i>Con platino:</i>	SI		NO	
10.2	<i>Senza platino:</i>	SI		NO	
11.	Recidiva o progressione documentata dopo precedente trattamento chemioterapico di prima linea con una doppietta contenente platino:	SI		NO	
12.	Linea di trattamento per la quale si richiede valutazione per PEMBROLIZUMAB:	Prima		Seconda	
13.	Performance Status (ECOG):	<i>PS (ECOG) 0-1</i>		<i>PS (ECOG) 2</i>	
14.	Terapia precedente con agenti anti PD1, anti PDL-1	SI		NO	
15.	Anamnesi positiva di malattia polmonare interstiziale:	SI		NO	
16.	Malattie autoimmuni (ad esclusione di vitiligine, diabete mellito di tipo I, ipotiroidismo secondario a tiroidite autoimmune che richiede terapia ormonale sostitutiva) e trattamento con immunosoppressore sistemico (ad eccezione di corticosteroidi - prednisone o equivalente - con dose ≤ 10 mg die)	SI		NO	
17.	<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
------------------------------------	----	----