

## PIANO DI CURA

### Olaparib

Olaparib in associazione con bevacizumab è indicato per il: trattamento di mantenimento di pazienti adulte con cancro epiteliale dell'ovaio di alto grado avanzato (stadi III e IV secondo FIGO), cancro della tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo, in risposta (completa o parziale) dopo completamento della chemioterapia di prima linea a base di platino in associazione con bevacizumab e il cui tumore presenti un deficit di ricombinazione omologa (homologous recombination deficiency, HRD), definito dalla presenza di instabilità genomica ed in assenza di una mutazione BRCA1/2.

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita:	
6.	Cancro epiteliale dell'ovaio di alto grado avanzato (stadio III e IV secondo FIGO), cancro della Tuba di Falloppio o cancro peritoneale primitivo	<input type="checkbox"/> Sì
7.	Istologia	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma sieroso <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma endometrioide
7.1	Grado istologico	<input type="checkbox"/> 3 (scarsamente differenziato)
8.	Precedenti linee di chemioterapia per questa patologia	<input type="checkbox"/> 1
9.	Somministrato anche bevacizumab in prima linea	<input type="checkbox"/> Sì
10.	Precedente terapia con altro inibitore di PARP	<input type="checkbox"/> No
11.	Settimane intercorse dall'assunzione dell'ultima dose della precedente terapia a base di platino	<input type="checkbox"/> ≤8
12.	Risposta clinica dopo chirurgia e trattamento a base di platino	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parziale
13.	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
14.	Il tumore presenta un deficit di ricombinazione omologa (homologous recombination deficiency, HRD)?	<input type="checkbox"/> Sì
15.	La paziente presenta mutazione dei geni BRCA 1/2	<input type="checkbox"/> No
16.	Olaparib verrà somministrato in associazione a Beva	<input type="checkbox"/> Sì

**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.**

Note:

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma Centro Spoke

Timbro e Firma Centro Hub

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