Richiesta inserimento paziente – **FUTIBATINIB (LYTGOBI) – Colangiocarcinoma FGFR2**

Indicazione AIFA: Lytgobi in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti adulti affetti da colangiocarcinoma localmente avanzato o metastatico, con fusione o riarrangiamento del recettore 2 del fattore di crescita dei fibroblasti (FGFR2), che hanno manifestato una progressione dopo almeno una linea di terapia sistemica.

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):			
2.	Centro HUB:			
3.	Iniziali Paziente:			
4.	Data di Nascita:			
5.	Data I^ diagnosi Colangiocarcinoma (CCA):	_____/_____ (mese/anno)		
6.	Sede del tumore primitivo:	□ iCCA (intraepatico) □ pCCA (peri-ilare) o tumore Klatskin □ dCCA (distale) □ Altro:_____		
7.	Tumore presenta fusione/riarrangiamento FGFR2?	□ Sì*	□ No	
8.	Stadio della malattia:	□ Non resecabile chirurgicamente □ Localmente avanzato □ Metastatico		
8.1	*Se metastatico, presenza di metastasi cerebrali in progressione?*	□ Sì	□ No*	
9.	Linea terapia sistemica in malattia avanzata ≥ 2?	□ Sì*	□ No	
10.	Paziente in progressione di malattia all'ultima terapia sistemica?	□ Sì*	□ No	
11.	Paziente sottoposto a precedente trattamento con inibitore selettivo FGFR?	□ Sì	□ No*	
12.	Performance status secondo ECOG tra 0 e 2?	□ Sì*	□ No	
13.	Stato funzionalità renale§:	□ Normale	□ Compromessa	
13.1	*Se "Compromessa", trattasi di insufficienza renale "Lieve" o "Moderata" (Cl.Cr > 30 ml/min)?*	□ Sì*	□ No	
14.	Stato funzionalità epatica§:	□ Normale	□ Compromessa	
14.1	*Se "Compromessa", specificare il grado:*	□ Lieve (Child-Pugh A)	□ Moderata (Child-Pugh B)	□ Severa (Child-Pugh C)
15.	Specificare intervallo QTcF prima dell'inizio della terapia con futibatinib:	_____ *ms*		
16.	Paziente già in trattamento con futibatinib per tale indicazione ed in accordo con i criteri AIFA (DM 07/09/2017 o Cnn)?	□ Sì	□ No	
16.1	*Se "Sì" specificare quanto richiesto:*	Data 1^ somministrazione: ___/___/_____ N° cicli già ricevuti: _____ (1 ciclo = 21 gg)		

* Requisito obbligatorio ai fini dell'eleggibilità della paziente alla terapia.
§ Si raccomanda di prendere visione dell'RCP.

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 (scheda di eleggibilità e successive) da effettuarsi da parte del Centro Prescrittore (Centro SPOKE).

Data Timbro e Firma Centro SPOKE **Data Timbro e Firma Centro HUB**

Valutazione Centro HUB: Eleggibile	□ **SI**	□ **NO**
Note del Centro HUB:		