

PIANO DI CURA

Ipilimumab

YERVOY è indicato per il trattamento del melanoma avanzato (non resecabile o metastatico) negli adulti e negli adolescenti di età pari o superiore a 12 anni.

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita:	
5.	Status BRAF	<input type="checkbox"/> Mutazione V600E <input type="checkbox"/> Non mutato <input type="checkbox"/> Mutazione V600K <input type="checkbox"/> Non valutato <input type="checkbox"/> Mutazione V600D <input type="checkbox"/> Mutazione V600R
6.	Progressione documentata e intolleranza dopo precedente regime terapeutico per malattia avanzata	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7.	Precedente terapia con ipilimumab	<input type="checkbox"/> No
8.	Precedente terapia con inibitore di BRAF	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
8.1	Se "Sì", indicare motivo di interruzione	<input type="checkbox"/> progressione <input type="checkbox"/> intolleranza
9.	Precedente terapia con inibitore di MEK	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
9.1	Se "sì", indicare motivo di interruzione	<input type="checkbox"/> progressione <input type="checkbox"/> intolleranza
10.	Indicare le precedenti linee di trattamento per malattia avanzata	<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≥3
11.	Presenza di metastasi cerebrali attive/sintomatiche	<input type="checkbox"/> No
12.	Presenza di melanoma oculare	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
13.	Performance Score secondo la scala ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
14.	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"/> Paziente non vuole partecipare a Trial
<p>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.</p>		

Data _____

Data _____

Timbro e Firma Centro Spoke

Timbro e Firma Centro Hub

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