

Richiesta inserimento paziente – **PEMBROLIZUMAB HNSCC**

Indicazione AIFA:

KEYTRUDA, in monoterapia o in associazione a chemioterapia contenente platino e 5-fluorouracile (5-FU), è indicato nel trattamento di prima linea del carcinoma a cellule squamose della testa e del collo, metastatico o ricorrente non resecabile negli adulti il cui tumore esprime PD-L1 con un CPS ≥ 1

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):							
2.	Centro HUB:							
3.	Iniziali Paziente:							
4.	Data di Nascita:							
	Diagnosi	Cavo orale	ipofaringe	laringe	orofaringe			
5.	Istologia:	Squamosa						
6.	Stato di malattia	Ricorrente non resecabile			Metastatico			
6.1	Se SI Ricorrente non resecabile pazienti in progressione entro 6 mesi dall'ultima dose di un trattamento con sali di platino	SI (non eleggibile)			NO			
6.2	Se metastatico sedi di malattia	Rene	Linfonoidi	Fegato	Polmone	Osso	Encefalo (No metastasi cerebrali attive)	Altro
7.	Espressione PDL1 CON CPS	<input type="checkbox"/> <1 non eleggibile <input type="checkbox"/> ≥ 1 e <20 <input type="checkbox"/> ≥ 20						
8	Pembrolizumab verrà somministrato con:	<input type="checkbox"/> Monoterapia <input type="checkbox"/> Associazione con FU e Sali di Platino						
8.1	Status HPV	Positivo	Negativo			Non eseguito		
9.	Pazienti candidabile a trattamento loco regionale con intento curativo:	SI (non eleggibile)			NO			
10.	Linea di trattamento per malattia recidivata/ metastatica per la quale si richiede :	1			> 2 non eleggibile			
11.	Performance Status (ECOG):	PS (ECOG) ≤ 2			PS (ECOG) > 2 (non eleggibile)			
12.	Terapia precedente con agenti anti PD1, anti PDL-1:	SI (non eleggibile)			NO			
13.	Malattie autoimmuni attive(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 (non eleggibile)			NO			
14.	<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
<i>Note del Centro HUB:</i>		