

Richiesta inserimento paziente –PEMBROLIZUMAB-NSCLC

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

- 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)  $\geq 50\%$  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)**
  - KEYTRUDA, in associazione a carboplatino e paclitaxel o nab-paclitaxel, è indicato nel trattamento di prima linea del NSCLC metastatico squamoso negli adulti.

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):					
2.	Centro HUB:					
3.	Iniziale Paziente:					
4.	Data di Nascita:					
5.	Istologia:	Squamosa	Grandi cellule	Adeno-carcinoma	Adeno-squamoso	NOS
6.	Stadio clinico (TNM 7.0)	III B		IV		
7.	Mutazione attivante EGFR	SI		NO	Non effettuata	
8.	Traslocazione/Riarrangiamento di ALK o ROS1	SI		NO	Non effettuata	
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):	PS (ECOG) 0-1		PS (ECOG) 2		
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 $\leq 10$ mg die)	SI		NO		

**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
------------------------------------	----	----