

Richiesta inserimento paziente – **ALECENSA® (Alectinib) adiuvante - NSCLC ALK+**

Indicazione AIFA: ALECENSA® in monoterapia è indicato come trattamento adiuvante dopo completa resezione del tumore in pazienti adulti affetti da NSCLC ALK-positivo, ad alto rischio di recidiva.

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita (età ≥18 anni)	___/___/_____
5.	Diagnosi di Carcinoma Polmonare Non a Piccole Cellule (NSCLC)?	<input type="checkbox"/> Sì* <input type="checkbox"/> No
6.	Tipo istologico:	<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma <input type="checkbox"/> Carcinoma squamocellulare <input type="checkbox"/> Carcinoma adenosquamoso <input type="checkbox"/> Carcinoma a grandi cellule <input type="checkbox"/> Carcinoma NOS (Not Otherwise Specified)
7.	E' stata eseguita resezione completa del tumore polmonare primitivo?	<input type="checkbox"/> Sì* <input type="checkbox"/> No
8.	Riarrangiamento del gene ALK <u>positivo</u> ?	<input type="checkbox"/> Sì* <input type="checkbox"/> No
9.	Paziente con malattia metastatica?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No*
10.	Stadio della malattia, istologicamente confermato (AJCC 7 [^] ed):	<input type="checkbox"/> I B <input type="checkbox"/> II A <input type="checkbox"/> II B <input type="checkbox"/> III A <input type="checkbox"/> Altro stadio (esclude eleggibilità): _____
11.	Paziente ha ricevuto precedente trattamento con inibitori ALK??	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No*
12.	Paziente con trapianto d'organo?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No*
13.	Performance status ECOG compreso tra 0 e 2?	<input type="checkbox"/> Sì* <input type="checkbox"/> No
14.	Alectinib verrà somministrato in monoterapia?	<input type="checkbox"/> Sì* <input type="checkbox"/> No
15.	Il paziente è stato valutato per l'inserimento in Trial Clinici disponibili in ambito ROV?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non eleggibile <input type="checkbox"/> Paziente non acconsente

* Requisito obbligatorio ai fini dell'eleggibilità della paziente alla terapia.

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	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>Note del Centro HUB:</i>		