

Richiesta inserimento paziente – **DOSTARLIMAB (Jemperli) – Carcinoma Endometriale**

Indicazione AIFA: in associazione a carboplatino e paclitaxel per il trattamento di prima linea di pazienti adulte affette da cancro endometriale (CE) primario avanzato o ricorrente e che sono candidate per la terapia sistemica.

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita (età ≥18 anni)	____/____/____
5.	Diagnosi:	☐ Carcinoma endometriale avanzato o ricorrente*
6.	Istologia:	☐ C. endometrioide di tipo I* ☐ Carcinosarcoma* ☐ C. non endometrioide tipo II* ☐ Sarcoma endometriale
7.	Stadio della malattia:	☐ Primario avanzato ☐ Ricorrente
7.1	Se "primario avanzato", indicare l'attuale stadio:	☐ IIIA ☐ IIIB ☐ IIIC1 ☐ IIIC2 ☐ IV
7.2	Se "primario avanzato", indicare linea di terapia:	☐ 1* ☐ ≥ 2
7.3	Se "ricorrente", la paziente è alla 1^ recidiva?	☐ Sì* ☐ No
7.4	Se "ricorrente", la paziente ha un basso potenziale di cura con RT e/o chirurgia?	☐ Sì* ☐ No
7.5	Se "ricorrente", la paziente:	☐ E' naïve a terapia sistemica ☐ Ha effettuato precedente t. sistemica per fasi iniziali di malattia.
7.6	Se "precedente terapia sistemica", il tempo tra la 1^ recidiva e il termine della t. sistemica (neo)adiuvante è stato > 6 mesi?	☐ Sì* ☐ No
8.	Paziente con:	☐ Elevata instabilità dei microsatelliti (MSI-H) ☐ Deficit di riparazione del mismatch (dMMR) ☐ Assenza di elevata instabilità dei microsatelliti ☐ Assenza di deficit di riparazione del mismatch ☐ MSI-H/dMMR non valutato
9.	Se "MSI-H e/o dMMR", la valutazione è stata effettuata mediante metodica IHC, PCR o NGS?	☐ Sì* ☐ No
10.	Presenza di metastasi cerebrali non controllate e/o meningite carcinomatosa?	☐ Sì ☐ No*
11.	Precedente terapia con anti-PD-1, anti-PD-L1?	☐ Sì ☐ No*
12.	Performance status ECOG tra 0 e 2?	☐ Sì* ☐ No
13.	Diagnosi di malattia autoimmune che ha richiesto terapia sistemica nei precedenti 2 anni? [Escluse vitiligine, DM tipo I°, ipotiroidismo da condizione autoimmune che richiede terapia ormonale sostitutiva, psoriasi che non richiede trattamento]	☐ Sì ☐ No*
14.	Tattamento con immunosoppressore sistemico? [Escluso corticosteroide equiv. ≤ 10 mg/die di prednisone]	☐ Sì ☐ No*
15.	Dostarlimab sarà somministrato in associazione a carboplatino e paclitaxel?	☐ Sì* ☐ No
16.	Il paziente è stato valutato per l'inserimento in Trial Clinici disponibili in ambito ROV?	☐ Sì ☐ No ☐ Non eleggibile ☐ 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	☐ SI	☐ NO
<i>Note del Centro HUB:</i>		