

Richiesta inserimento paziente – **PEMBROLIZUMAB (Keytruda®) + CARBOPLATINO/PACLITAXEL – Carcinoma Endometrio dMMR (I^a linea)**

Indicazione AIFA: trattamento di I^a linea del carcinoma dell'endometrio primario avanzato o ricorrente negli adulti che sono candidati a terapia sistemica, con deficit del sistema di Mismatch Repair (dMMR).

1.	Centro Prescrittore (Centro SPOKE):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente (solo DONNE*):	
4.	Data di Nascita (età ≥ 18)*:	
5.	Diagnosi Carcinoma dell'endometrio primario avanzato o ricorrente. Tipo istologico:	<input type="checkbox"/> C. endometriode di tipo I* <input type="checkbox"/> Sarcoma endometriale <input type="checkbox"/> C. NON endometriode di tipo II*
5.1	Se "tipo II", indicare:	<input type="checkbox"/> C. sieroso <input type="checkbox"/> C. a cellule chiare <input type="checkbox"/> C. indifferenziato <input type="checkbox"/> C. misto <input type="checkbox"/> C. NOS
6.	Presente deficit di riparazione del mismatch (dMMR)?	<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
6.1	E' stata utilizzata IHC, PCR o NGS quale metodica ai fini della valutazione del dMMR? :	<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
7.	Specificare stadio della malattia:	<input type="checkbox"/> Stadio III (con malattia misurabile) <input type="checkbox"/> Stadio IVA (con malattia misurabile) <input type="checkbox"/> Stadio IVB (con o senza malattia misurabile) <input type="checkbox"/> C. endometriale ricorrente (con o senza malattia misurabile)
8.	Presenza di metastasi cerebrali attive?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No*
9.	Trattamento di I ^a linea per setting avanzato/ricorrente?	<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
10.	Specificare eventuali precedenti trattamenti per il C. dell'endometrio:	<input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> CT adiuvante <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> T. sistemica ormonale <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Altro: _____
10.1	Se CT adiuvante, la data di termine è > 12 mesi dalla data di valutazione (ovvero dalla data di "prima somministrazione" per i "pazienti già in trattamento")?	<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
11.	Il paziente ha effettuato una precedente terapia con anti-PD-1, anti-PD-L1, anti-CTLA-4?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No*
12.	Performance status secondo scala ECOG ≤ 2?	<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No
13.	Paziente con malattia autoimmune (eccetto: vitiligine, DM tipo I, ipotiroidismo secondario autoimmune, psoriasi che non richiede trattamento sistemico)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No*
14.	Anamnesi positiva per Malattia Polmonare Interstiziale?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No*
15.	Trattamento con immunosoppressore sistemico (eccetto corticosteroidi equiv ≤ 10 mg/die prednisone)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No*
16.	Pembrolizumab sarà somministrato con CarboPT e Paclitaxel?	<input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No

* 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>		