

## PIANO DI CURA

### Pembrolizumab Melanoma Aduvante

Pembrolizumab in monoterapia è indicato nel trattamento adiuvante di pazienti adulti con melanoma in Stadio IIB, IIC o III e che sono stati sottoposti a resezione completa.

1.	Centro prescrittore (Centro Spoke):	
2.	Centro HUB:	
3.	Iniziali Paziente:	
4.	Data di Nascita:	
5.	Setting:	<input type="checkbox"/> Melanoma adiuvante
6.	Paziente già trattato per malattia avanzata non operabile?	<input type="checkbox"/> No
7.	Diagnosi:	<input type="checkbox"/> Melanoma primitivo della cute <input type="checkbox"/> Melanoma primitivo delle mucose <input type="checkbox"/> Melanoma a primitività oculare
8.	Valutazione dello status di BRAF	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
9.	Valutazione dello status di PD-L1	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
10.	Stadio di malattia	<input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> II c <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IIIc <input type="checkbox"/> IIId
11.	Performance status secondo la scala ECOG	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
12.	Paziente libero da malattia dopo chirurgia	<input type="checkbox"/> Sì
13.	Se paziente stadio II, ha ricevuto resezione chirurgica completa da < 12 settimane	<input type="checkbox"/> Sì
14.	Precedente terapia adiuvante:	
14.1	Immunoterapia	<input type="checkbox"/> No
14.2	Se paziente stadio II, ha ricevuto Inibitore di BRAF e di MEK, o interferone, o altro	<input type="checkbox"/> No
15.	Metastasi cerebrali attive	<input type="checkbox"/> No
16.	Presenza di malattia autoimmune	<input type="checkbox"/> No
17.	Paziente in trattamento con immunosoppressore sistemico (ad eccezione di corticosteroidi equivalente a ≤ 10 mg/die di prednisone)?	<input type="checkbox"/> No
18.	Il paziente è stato valutato per l'inserimento in Trial Clinici disponibili in ambito della ROV	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Non Eleggibile <input type="checkbox"/> Paziente non vuole partecipare a Trial
<p><b>UOC Oncologia nella figura professionale del Dott./Prof. _____ si assume la responsabilità in merito alla veridicità delle informazioni indicate.</b>  <b>Si raccomanda che vi sia evidenza della valutazione multidisciplinare dedicata in cartella clinica.</b></p>		

Data \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma Centro Spoke

Timbro e Firma Centro Hub

Valutazione Centro HUB: Eleggibile	SI	NO
Note del Centro HUB:		