

DIAGNOSI

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	_____	_____

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- ERBITUX -**

- Erbitux in combinazione con irinotecan è indicato per il trattamento di pazienti con carcinoma metastatico del colon-retto esprimente il recettore per l'epidermal growth factor (EGFR) dopo fallimento di terapia citotossica contenente irinotecan.
- Erbitux è indicato per il trattamento di pazienti affetti da carcinoma metastatico del colon-retto con espressione del recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR) e con gene KRAS non mutato (wild-type).
 - in combinazione con chemioterapia;
 - in monoterapia nei pazienti nei quali sia fallita la terapia a base di oxaliplatino e irinotecan e che siano intolleranti a irinotecan.

**I campi contrassegnati dalla lettera (E) sono determinanti per l'eleggibilità.
I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.**

(E)	Diagnosi* :	Carcinoma del colon Carcinoma del retto Carcinoma del colon-retto Altro
	Se altro, specificare:	_____
	Performance Status alla diagnosi (ECOG)* :	0 1 2 3 4
	EGFR sul Tumore Primitivo* :	Espresso No
	EGFR su una Metastasi* :	Espresso No
(E)	Malattia Metastatica* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Se Metastatica: Sedi Malattia	<input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Peritoneo <input type="checkbox"/> Ossa <input type="checkbox"/> Cute <input type="checkbox"/> Altro
	Se altro specificare:	_____

ESAME / PARAMETRO* :	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Altro
Data dell'esame di riferimento* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Data di valutazione* :	

(E) Fase della malattia all'inizio del trattamento* :	Recidiva non operabile Metastatica Altro
(E) Linea di trattamento* :	I II Successiva
Paziente gia' in trattamento con cetuximab sec. L. 648/96* :	Sì No
Quante settimane di trattamento sono gia' state effettuate* :	
Data dell'ultima valutazione sullo stato di malattia* :	
Verra' utilizzato in* :	Monoterapia Combinazione con chemioterapia di base di Sali di platino
Quale dei sali di platino e' utilizzato* :	Carboplatino Cisplatino
Altri farmaci chemioterapici associati	<input type="checkbox"/> Fluorouracile <input type="checkbox"/> Altro
Se altro, specificare	_____

Se data valutazione precedente al 27 giugno 2009

(E) Progressione dopo trattamento chemioterapico con Irinotecan* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
(E) Verra' somministrato in associazione con Irinotecan?* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Trattamenti Precedenti:	
Neoadiuvante* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se si, trattamento Neoadiuvante:	<input type="checkbox"/> Fluorouracile <input type="checkbox"/> Acido Folinico <input type="checkbox"/> Irinotecan <input type="checkbox"/> Oxaliplatino <input type="checkbox"/> Capecitabina <input type="checkbox"/> Bevacizumab
Adiuvante* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se si, trattamento Adiuvante:	<input type="checkbox"/> Fluorouracile <input type="checkbox"/> Acido Folinico <input type="checkbox"/> Irinotecan <input type="checkbox"/> Oxaliplatino <input type="checkbox"/> Capecitabina <input type="checkbox"/> Bevacizumab

Trattamento per malattia metastatica* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Se sì, trattamento 1° linea :	<input type="checkbox"/> Fluorouracile <input type="checkbox"/> Acido Folinico <input type="checkbox"/> Irinotecan <input type="checkbox"/> Oxaliplatino <input type="checkbox"/> Capecitabina <input type="checkbox"/> Bevacizumab
Se sì, trattamento 2° linea :	<input type="checkbox"/> Fluorouracile <input type="checkbox"/> Acido Folinico <input type="checkbox"/> Irinotecan <input type="checkbox"/> Oxaliplatino <input type="checkbox"/> Capecitabina <input type="checkbox"/> Bevacizumab
Se sì, trattamento 3° linea :	<input type="checkbox"/> Fluorouracile <input type="checkbox"/> Acido Folinico <input type="checkbox"/> Irinotecan <input type="checkbox"/> Oxaliplatino <input type="checkbox"/> Capecitabina <input type="checkbox"/> Bevacizumab
Altri trattamenti :	_____
Data di termine ultimo trattamento somministrato* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)

Se data valutazione successiva al 27 giugno 2009

(E) Gene KRAS mutato* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Linea di trattamento* :	I II III IV
(E) Verrà utilizzato in* :	Combinazione con chemioterapia Monoterapia
Se combinazione con chemioterapia* :	Folfiri Xeliri IFL Folfox Xelox Irinotecan Altro
(E) Se utilizzato in monoterapia, sono fallite le terapie con oxaliplatino e irinotecan oppure Irinotecan non può essere utilizzato per intolleranza.* :	Sì No
(E) Precedenti trattamenti con Cetuximab o Panitumumab* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
(E) Il paziente sta ricevendo Bevacizumab* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

Nome del Medico

Data

Firma