

## DIAGNOSI

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE  
- THALIDOMIDE 648 -**

**Utilizzo nella terapia di mantenimento nel trattamento dell'Amiloidosi**

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

(E)	Diagnosi* Amiloidosi AL con indicazione alla terapia di mantenimento Altro
(E)	Farmaci usati in precedenza* Melphalan Ciclofosfamide Bortezomib Lenalidomide Altro
	Se altro specificare: _____
	Il paziente e' stato gia' trattato con Thalidomide*: Si No
	Se Si, numero di cicli effettuati : _____
	<p>           Criteri di esclusione per potenziale fertilita' (l'Amenorrea conseguente a terapia antitumorale non esclude la potenziale fertilita')         </p> <p> <input type="checkbox"/> Eta' ≥ 50 anni e naturalmente amenorroica da un anno  <input type="checkbox"/> Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo  <input type="checkbox"/> Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia  <input type="checkbox"/> Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina         </p>
	Consulto ginecologico (esito): _____
	In trattamento con contraccettivi orali di tipo combinato*: Si No
(E)	Informata del potenziale rischio teratogeno per il feto*: Si No
(E)	<p>           Informata della necessita' di utilizzare un metodo contraccettivo efficace 4 settimane prima dell'inizio del trattamento, durante il trattamento, durante l'interruzione del trattamento, e per 4 settimane dopo la fine del trattamento con Thalidomide Celgene®, o impegnarsi alla totale e continua astinenza*:            Si            No         </p>

(E) Informata che, anche in caso di amenorrea, deve attenersi alle indicazioni sulla contraccezione.*:	Si No
(E) Conferma che la paziente e' in grado di seguire le misure contraccettive*:	Si No
(E) Informata delle conseguenze legate ad una gravidanza e della necessita' di interrompere il trattamento e di ricevere un consulto rapidamente se sussiste un rischio di gravidanza*:	Si No
(E) Conferma che la paziente accetta di effettuare il test di gravidanza ad intervalli di 4 settimane a meno di sterilizzazione tubarica confermata *:	Si No
(E) Informata dei rischi e delle necessarie precauzioni connesse all'uso di Thalidomide Celgene®*:	Si No
Consulto per la contraccezione*:	Richiesto consulto Consulto effettuato Consulto completato
(E) Contraccezione*:	Impianto Dispositivo intra uterino Medrossiprogesterone acetato depot sterilizzazione tubarica Rapporti con partner vasectomizzato Pillole a base di solo progestinico Nessuna
Se nessuna, la paziente si impegna a rispettare una totale astinenza sessuale:	Si No
Se Rapporti con partner vasectomizzato, Test del seme:	Positivo Negativo
Data del Test del seme:	___/___/___ (gg/mm/aaaa)
Data di inizio utilizzo metodo contraccettivo* :	___/___/___ (gg/mm/aaaa)
(E) Test di gravidanza*:	Positivo Negativo
Data del test*:	___/___/___ (gg/mm/aaaa)
(E) Consegnato il 'manuale del paziente' *:	Si No
(E) Informato della necessita' di non dare il farmaco ad altre persone*:	Si No

(E) Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Thalidomide Celgene® e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:	Si No
(E) Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate*:	Si No
(E) Caratterizzazione: e' stato dimostrato che i depositi di amiloide sono costituiti da catene leggere dello stesso isotipo della componente monoclonale mediante analisi immunoistochimica o proteomica? *:	Si No
(E) Componente monoclonale amiloidogenica*:	<input type="checkbox"/> Presenza di una componente monoclonale dello stesso isotipo delle catene leggere che costituiscono i depositi di amiloide all'immunofissazione del siero e/o delle urine <input type="checkbox"/> Rapporto kappa/lambda delle catene leggere libere circolanti alterato a favore delle catene leggere dello stesso tipo di quelle che costituiscono i depositi di amiloide <input type="checkbox"/> Presenza di un clone plasmacellulare midollare che esprime catene leggere dello stesso isotipo di quelle che costituiscono i depositi di amiloide
Tipo di componente monoclonale *:	Catene leggere libere kappa nel siero Proteinuria di Bence Jones kappa Catene leggere libere lambda nel siero Proteinuria di Bence Jones lambda IgG kappa IgG lambda IgA kappa IgA lambda IgM kappa IgM lambda IgD kappa IgD lambda
Data degli esami*:	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Concentrazione delle catene leggere libere circolanti amiloidogeniche*:	____ mg/L
dFLC (differenza tra la concentrazione delle catene leggere libere amiloidogeniche e la concentrazione delle catene leggere libere non amiloidogeniche) *:	____ mg/L
Rapporto kappa/lambda delle catene leggere libere circolanti*:	_____
Specificare il tipo di peptide natriuretico che e' stato misurato*:	NT-proBNP BNP
Concentrazione di peptide natriuretico*:	_____ ng/L



## REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

Specificare il tipo di troponina cardiaca che e' stato misurato*:	cTnI cTnT Hs-cTnT
Concentrazione di troponina*:	_____ ng/mL
Velocita' di filtrazione glomerulare*:	_____ mL/min x 1.73 m2
Proteinuria*:	_____ g/24h
Il farmaco sara' somministrato in associazione a*:	Desametasone Altro
Se altro, specificare:	_____

 \_\_\_\_\_  
 Nome del Medico

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma