

INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- THALIDOMIDE 648 -

- **Utilizzo nel trattamento di Mieloma Multiplo in prima linea per VTD nel paziente candidabile a trapianto autologo**

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

(E)	Diagnosi*	Mieloma Multiplo in I linea (regime VTD) per pazienti candidabili al trapianto autologo Altro
	Criteri di esclusione per potenziale fertilita' (l'Amenorrea conseguente a terapia antitumorale non esclude la potenziale fertilita')	<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
	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)	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
(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
Pazienti gia' in trattamento con regime VTD	Si No

Se si Numero di cicli effettuati	_____ 1 ciclo=21 giorni
(E) Se Il paziente e' gia' in trattamento, inserire la rivalutazione dello stato della malattia (alla data dell'inserimento della scheda Diagnosi nel Registro)	Remissione completa Remissione completa Stabile Progressione
Performance Status (ECOG)*:	0 1 2 3 4
ESAME/PARAMETRO*	Esame clinico Esami ematologici ed ematochimici Quadro proteico Aspirato midollare/biopsia osteo midollare Rx scheletro PET RMN TAC Scintigrafia ossea Ecografia Altro
Proteina M *	_____ g/dl
(E) Il farmaco sara' somministrato in associazione a Bortezomib e Desametasone*:	Si No
(E) Il paziente verra' sottoposto a trapianto con cellule staminali nei prossimi 6 mesi*:	Si No

 Nome del Medico

 Data

 Firma