

DIAGNOSI

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

INDICAZIONI TERAPEUTICHE - VECTIBIX -	
Vectibix è indicato come monoterapia per il trattamento di pazienti con carcinoma coloretale metastatico esprimenti il recettore per il fattore di crescita epidermico (EGFR) dopo fallimento di regimi chemioterapici contenenti fluoropirimidine, oxaliplatino e irinotecan, nel caso in cui i tumori presentino il gene KRAS (Kirsten sarcoma 2 viral oncogene homologue) non mutato (wild-type).	
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
(E)	Progressione dopo trattamento chemioterapico con irinotecan, Oxaliplatino Fluoropirimidine* : Si No
(E)	EGFR sul Tumore Primitivo Espresso No
(E)	EGFR su una metastasi Espresso No
(E)	Gene KRAS mutato Si No
(E)	Malattia metastatica Si 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)
Trattamenti Precedenti:	
Neoadiuvante* :	Si No
Se sì, 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* :	Si No
Se sì, 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* :	Si 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 <input type="checkbox"/> Cetuximab Trattamento con Cetuximab chiuso per <input type="radio"/> Progressione <input type="radio"/> Intolleranza
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 <input type="checkbox"/> Cetuximab Trattamento con Cetuximab chiuso per <input type="radio"/> Progressione <input type="radio"/> Intolleranza
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 <input type="checkbox"/> Cetuximab Trattamento con Cetuximab chiuso per <input type="radio"/> Progressione <input type="radio"/> Intolleranza
Altri trattamenti:	_____
Data di termine ultimo trattamento somministrato* :	_____ (gg/mm/aaaa)

Nome del Medico

Data

Firma