

**DIAGNOSI**

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

<b>INDICAZIONI TERAPEUTICHE - VECTIBIX -</b>	
<b>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).</b>	
I campi contrassegnati dalla lettera <b>(E)</b> sono determinanti per l'eleggibilità. I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
<b>(E)</b>  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
<b>(E)</b>  Progressione dopo trattamento chemioterapico con irinotecan, Oxaliplatino Fluoropirimidine*:	Si No
<b>(E)</b>  EGFR sul Tumore Primitivo	Espresso No
<b>(E)</b>  EGFR su una metastasi	Espresso No
<b>(E)</b>  Gene KRAS mutato	Si No
<b>(E)</b>  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)
<b>Trattamenti Precedenti:</b>	
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