

## DIAGNOSI

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE  
- VELCADE 648 -**
**Utilizzo in prima linea dell'Amiloidosi AL**
**I campi contrassegnati dalla lettera (E) sono determinanti per l'eleggibilità.  
I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**

(E) Diagnosi*	Amiloidosi AL in prima linea Altro
se altro, specificare	_____
(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



## REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

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
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 Melphalan Ciclofosfamide Altro
Se altro, specificare:	_____

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

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma