

E	Compila obbligatorio ai fini dell'eleggibilità	IMBRUVICA (Ibrutinib)	
O	Compila obbligatorio	Macroglobulinemia di Waldenström (WM)	
<i>IMBRUVICA è indicato per il trattamento di pazienti adulti con macroglobulinemia di Waldenström (WM) che hanno ricevuto almeno una precedente terapia, o in prima linea per i pazienti per i quali una chemio-immunoterapia non è appropriata.</i>			
1- Scheda Registrazione paziente (RP)			
E	Età	... aa	se <18 blocca
2- Scheda Eleggibilità e Dati Clinici (E_DC)			
<i>Caratteristiche della malattia</i>			
O	Data della prima diagnosi di WM	mese/anno	
O	Dosaggio componente monoclonale IgM sierica (g/L)	...	
O	Dosaggio componente monoclonale IgM urinaria (g/24h)	...	
O	Free Light Chain ratio (rapporto kappa/lambda)	Non valutato Valutato	
O	Se valutato, indicare il risultato del rapporto kappa/lambda	...	
O	β2 microglobulina sierica (mg/L)	...	
E	Diagnosi istologica di linfoma linfoplasmacitico (LPL)	Si No	blocca
O	International prognostic Scoring System for Waldenström's Macroglobulinemia (ISSWM)	rischio basso rischio intermedio rischio alto	
E	Presenza di segni o sintomi correlabili alla WM (es. sindrome da iperviscosità, epato e/o splenomegalia, neuropatia periferica, linfadenopatia sintomatica o bulky - ≥5 cm nel diametro massimo, crioglobulinemia, nefropatia, amiloidosi, etc)?	Si No	blocca
O	Risultato dell'ultima analisi citogenetica disponibile	del(6q) del TP53 Altre anomalie Assenza di anomalie Non eseguita	selezione multipla
O	Mutazione MyD88 L265P	Assente Presente Non valutata	
O	Mutazione CXCR4 WHIM	Assente Presente Non valutata	

Trattamenti precedenti			
E	Precedenti trattamenti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	blocca decisione CTS: limitazione rimborsabilità SSN ai pz già trattati (come da studio registrativa PCYC-1118E)
Se risposta SI alla domanda Precedenti trattamenti, si aprono le domande sottostanti:			
O	Linee di terapia sistemiche già effettuate	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ≥6	
Per ciascuna linea di trattamento precedente indicare i farmaci o il regime impiegato. Questa finestra e la successiva devono essere ripetute tante volte quante sono le N linee di terapia ricevute, indicando la N linea a cui ci si riferisce (1°, 2°, ecc.)			
O	Precedenti trattamenti (possibili selezioni multiple):	<input type="checkbox"/> Plasmaferesi <input type="checkbox"/> Bortezomib in monoterapia o in combinazione con rituximab e/o desametasone <input type="checkbox"/> Talidomide <input type="checkbox"/> Everolimus <input type="checkbox"/> Alemtuzumab <input type="checkbox"/> Rituximab in monoterapia <input type="checkbox"/> Analoghi purinici <input type="checkbox"/> Agenti alchilanti <input type="checkbox"/> Interferone <input type="checkbox"/> Chemioterapia ad alte dosi <input type="checkbox"/> Desametasone <input type="checkbox"/> Ciclofosfamide <input type="checkbox"/> Bendamustina <input type="checkbox"/> Immunochimioterapia (p.e. R-CHOP, R-CVP, R-FCR) <input type="checkbox"/> Altro	
O	Se Altro specificare:	...	testo libero
O	Migliore risposta ottenuta in corso di trattamento (criteri ESMO 2013)	<input type="checkbox"/> Risposta completa (RC) <input type="checkbox"/> Very Good Partial Response (VGPR) <input type="checkbox"/> Risposta parziale (RP) <input type="checkbox"/> Risposta minima (MR) <input type="checkbox"/> Malattia stabile (SD) <input type="checkbox"/> Progressione (PD) <input type="checkbox"/> Non valutata (NV)	
O	Causa di Fine Trattamento	<input type="checkbox"/> Intolleranza <input type="checkbox"/> Refrattarietà <input type="checkbox"/> Progressione <input type="checkbox"/> Fine regolare del trattamento <input type="checkbox"/> Causa non dipendente dal farmaco	
O	Precedente trapianto di cellule staminali autologhe?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Caratteristiche del paziente e aspetti rilevanti all'eleggibilità			
O	Funzionalità renale	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Compromessa	
O	Se compromessa, indicare il grado di compromissione renale (paragrafo 4.2 RCP)	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderata <input type="checkbox"/> grave	
O	Funzionalità epatica	<input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> compromessa	
E	Se compromessa, indicare il grado di compromissione epatica (paragrafo 4.2 RCP)	<input type="checkbox"/> lieve (classe A di Child Pugh) <input type="checkbox"/> moderata (classe B di Child Pugh) <input type="checkbox"/> grave (classe C di Child Pugh)	blocca
O	Anamnesi positiva per pre-esistente cardiopatia grave	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
O	Anamnesi positiva per Fibrillazione Atriale/Flutter Atriale pregresso o attivo (paragrafo 4.4 RCP)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
E	Uso concomitante di preparati contenenti erba di San Giovanni (paragrafo 4.3 RCP)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	blocca
O	Uso concomitante di farmaci inibitori/induttori potenti o moderati di CYP3A4 (paragrafi 4.4 e 4.5 RCP)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
O	Uso concomitante di anticoagulanti sistemici (paragrafo 4.4 RCP)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
O	Paziente già in trattamento con ibrutinib secondo le indicazioni approvate EMA e i criteri di monitoraggio richiesti dalla scheda AIFA?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
O	Se Sì, indicare la data inizio trattamento	.../.../....	
O	Se Sì, indicare il numero delle somministrazioni (RF)	...	1 RF= 30 giorni

3- Scheda Richiesta Farmaco (RF)			
<p><i>Dose raccomandata di Ibrutinib in WM: 420 mg/die (3 cpr).</i> <i>La co-somministrazione di inibitori potenti o moderati di CYP3A4 con IMBRUVICA può portare ad un aumento dell'esposizione ad ibrutinib e di conseguenza ad un maggiore rischio di tossicità. Al contrario, la co-somministrazione di induttori di CYP3A4 può portare ad una ridotta esposizione ad IMBRUVICA e di conseguenza ad un rischio di perdita di efficacia. Pertanto, l'uso concomitante di IMBRUVICA con inibitori/induttori potenti o moderati di CYP3A4 deve essere evitato quando possibile e la co-somministrazione deve essere presa in considerazione solo quando i benefici potenziali sono chiaramente maggiori dei rischi potenziali. Se deve essere utilizzato un inibitore di CYP3A4, i pazienti devono essere monitorati attentamente per rilevare segni di tossicità di IMBRUVICA (vedere paragrafi 4.2 e 4.5 del RCP). Se deve essere utilizzato un induttore di CYP3A4, i pazienti devono essere attentamente monitorati per rilevare i segni di perdita di efficacia di IMBRUVICA.</i></p>			testo fisso
<p>La durata della somministrazione è di 30 giorni (= 1 ciclo)</p>			
	Data richiesta farmaco	././....	

O	Posologia (mg/die)	420 (3 cpr)	dose raccomandata iniziale
		280 (2 cpr)	
		140 (1 cpr)	
O	N° di Richieste cumulative (1 RF= 30 gg)	1	
		2	
		3	
O	Ci sono state reazioni avverse al medicinale nel ciclo precedente?	Si	link RNFV; da RF2 in poi
		No	

4- Scheda Dispensazione Farmaco (DF)		
O	Data della dispensazione	././....
	Lista AIC	Numero di confezioni/partizionamento
O	Confezione: 140 mg capsule rigide uso orale flacone (HDPE) 1 flacone (90 capsule rigide) - AIC n. 043693011/E	
	Confezione: 140 mg capsule rigide uso orale flacone (HDPE) 1 flacone (120 capsule rigide) - AIC n. 043693023/E	

5- Scheda Rivalutazione (RV)			
<p>Per i criteri di risposta vedi: Waldenström's macroglobulinemia: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up di Buske C et al. on behalf of the ESMO Guidelines Working Group: <i>Annals of Oncology</i> 2013, 24 (suppl 6) vi155-vi159</p>			testo fisso
<p>Il trattamento deve continuare fino alla progressione della malattia o fino a quando non più tollerato dal paziente (vd par. 4.2 RCP).</p>			testo fisso
<p>Rivalutazione obbligatoria ogni tre cicli</p>			

O	Data di RV	././....	
E	Stato di malattia, secondo i criteri di risposta ESMO 2013:	Risposta completa (RC)	(i) assenza di IgM monoclonali all'immunofissazione (ii) normale livelli sierici delle IgM (iii) risoluzione completa delle linfadenopatie e della splenomegalia (se presenti al baseline) (iv) aspirato e biopsia del midollo osseo morfologicamente normali (v) nessun nuovo segno o sintomo di malattia attiva
		Very good partial response (VGPR)	(i) persistenza di IgM monoclonali (ii) riduzione ≥90% del livello sierico delle IgM rispetto al baseline (iii) riduzione delle linfadenopatie/splenomegalia (se presenti al baseline) (iv) nessun nuovo segno o sintomo di malattia attiva
		Risposta parziale (RP)	(i) persistenza di IgM monoclonali (ii) riduzione ≥50 ma <90% del livello sierico delle IgM rispetto al baseline (iii) riduzione delle linfadenopatie/splenomegalia se presenti al baseline (iv) nessun nuovo segno o sintomo di malattia attiva
		Risposta minima (MR)	(i) persistenza di IgM monoclonali (ii) riduzione ≥25 ma <50% del livello sierico delle IgM rispetto al baseline (iii) nessun nuovo segno o sintomo di malattia attiva
		Malattia stabile (SD)	(i) persistenza di IgM monoclonali (ii) riduzione <25% e incremento <25% del livello sierico delle IgM rispetto al baseline (iii) nessun incremento delle linfadenopatie/splenomegalia (iv) nessun nuovo segno o sintomo di malattia attiva
		Progressione di malattia (PD)	blocca e compila FT. (i) incremento ≥25% dei livelli sierici delle IgM rispetto al nadir e/o (ii) segni/sintomi di progressione attribuibili alla malattia

O	Il paziente ha avuto episodi di aritmia cardiaca (p.e. fibrillazione atriale o flutter atriale) (vd par. 4.4 RCP) ?	Si No	
O	Ci sono state reazioni avverse al medicinale?	Si No	Link alla RNFV
O	Il paziente prosegue il trattamento?	Si No	compilare FT

6- Scheda Fine Trattamento (FT)			
O	Data di FT	././....	
O	Causa del FT	Progressione di malattia	
		Tossicità	
		Decisione Clinica	
		Decisione Paziente	
		Perso al follow up	
		Causa non dipendente dal farmaco	
		Decesso	
O	Stato di malattia al termine del trattamento, secondo i criteri di risposta ESMO 2013	Risposta Completa (RC)	
		Very good partial response (VGPR)	
		Risposta Parziale (PR)	
		Risposta Minima (MR)	
		Malattia stabile (SD)	
		Progressione di malattia (PD)	
		Non valutato (NV)	
O	Migliore risposta ottenuta in corso di trattamento	Risposta Completa (RC)	in automatico dal sistema secondo lo schema: RC>VGPR>PR > MR>SD>PD>NV (NV=se non è stata inserita nemmeno una RIV)
		Very good partial response (VGPR)	
		Risposta Parziale (PR)	
		Risposta Minima (MR)	
		Malattia stabile (SD)	
		Progressione di malattia (PD)	
		Non valutata (NV)	
O	Se Decesso indicare se il motivo del FT è:	Progressione di malattia Tossicità al medicinale Altro	Link alla RNFV
O	Se Decesso indicare la data del decesso:	././....	

Nota bene: la compilazione della presente scheda cartacea non sostituisce la prescrizione, la quale rimane realizzabile esclusivamente tramite la piattaforma web da parte degli specialisti abilitati alla prescrizione e all'utilizzo del sistema, tuttavia può essere utilizzata per tenere traccia temporanea delle registrazioni in caso di differimento della compilazione via web dei Registri di monitoraggio.

Attenzione! La prescrizione di questo medicinale è consentita ai soli medici appartenenti a strutture ospedaliere e sanitarie territoriali espressamente autorizzate dalla Regione di rispettiva pertinenza.