**“LA MIA SPERIMENTAZIONE”**

**SCHEDA DI PARTECIPAZIONE**

**Si raccomanda di compilare il foglio in maniera assolutamente intelligibile, possibilmente con caratteri a stampa**

**Lo scopo del presente questionario è esclusivamente quello di assistere pazienti e caregivers nella ricerca della giusta sperimentazione clinica (quella per la quale si sia eleggibili).**

**Recapiti delle persone cui far riferimento per eventuali chiarimenti:**

Paziente (nome e cognome): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Famigliare (grado di parentela): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compilatore: Paziente \_\_\_\_\_\_\_ ; Caregiver \_\_\_\_\_\_;   
  
Data di compilazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dati relativi al paziente**

* Sesso M/F \_\_\_\_\_\_
* Età compiuta: \_\_\_\_\_\_\_
* Città (e Provincia) di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati**

Sono informato e concedo il trattamento dei dati relativi alla salute, utilizzati esclusivamente dalla Dr.ssa Anna Muroni, esperta e volontaria di ALCASE Italia, sotto supervisione del Dr. Gianfranco Buccheri, per la ricerca e l'individuazione di una sperimentazione attiva, in territorio italiano, che sia idonea e personalizzata ai bisogni del paziente cui la presente scheda fa riferimento.

(SI /NO) \_\_\_\_\_\_\_

## INVIARE (via email con oggetto LA MIA SPERIMENTAZIONE a amuroni.alcase@gmail.com)

**A) IL QUESTIONARIO COMPILATO IN OGNI SUA PARTE**

**B) COPIA DEL REFERTO ISTOLOGICO E MOLECOLARE**

**C) COPIA DEI RISULTATI DEGLI ESAMI DI LABORATORIO DI ROUTINE (emocromo, test epatici e di funzionalità renale), CHE SIANO NON PIÙ VECCHI DI 3 SETTIMANE (diversamente ripeterli)**

**D) IL REFERTO DELL’ULTIMA VISITA CARDIOLOGICA, CHE NON SIA PIÙ VECCHIA DI 4 SETTIMANE (diversamente ripeterla)**

**1.** Tipo di tumore polmonare (diagnosi citologica [SI/NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ] e/o istologica [SI/NO \_\_\_\_\_\_\_\_\_ ]).

Spuntare una delle opzioni sottostanti:

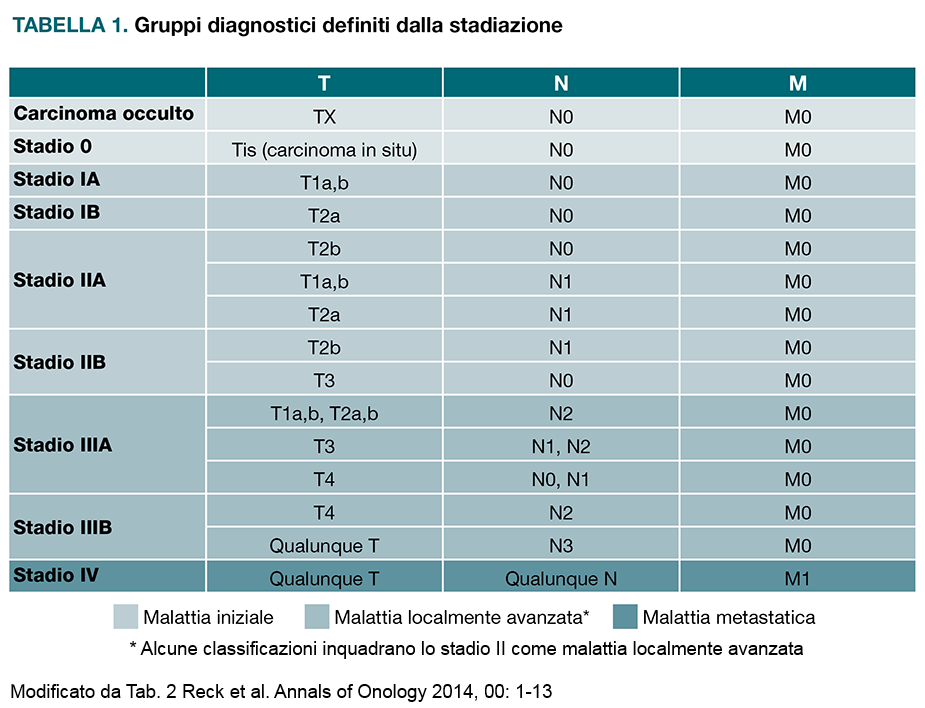
* + - * + Squamoso o Epidermoide (o Epidermoidale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_
        + Adenocarcinoma \_\_\_\_\_\_\_\_\_
        + Anaplastico a grandi cellule \_\_\_\_\_\_\_\_\_
        + Anaplastico a piccole cellule (o microcitoma) \_\_\_\_\_\_\_\_\_
        + Altro (specificare in dettaglio, ricopiando accuratamente la diagnosi isto-patologica):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.** Il tumore è stato appena diagnosticato? (SI /NO) \_\_\_\_\_\_\_

**3.** Il tumore non risponde alla terapia in corso o è in progressione nonostante la stessa?.. (SI /NO) \_\_\_\_\_\_\_

**4.** Il tumore è in recidiva dopo un precedente trattamento cui aveva risposto? (SI /NO) \_\_\_\_\_\_\_

**5.** STADIO ATTUALE DI MALATTIA (SPECIFICARE ANCHE IL TNM E LA SEDE DI TUTTE LE EVENTUALI METASTASI):

Maggiori informazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NB. Lo stadio e il TNM della malattia va indicato, facendo riferimento alla cartella clinica e/o alla lettera di dimissione al curante. Se lo stadio riportato non corrisponde ad uno di quelli riportati in tabella, chiedere delucidazioni al curante.

6. **Indice di validità (Scala ECOG). Spuntare una delle opzioni seguenti**:

0: paziente attivo; asintomatico \_\_\_\_\_\_\_\_\_

1: paziente attivo ma limitato nella sua autonomia, terapia sintomatica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2: paziente a letto o seduto per meno del 50% del tempo di veglia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3: paziente a letto o seduto per più del 50% del tempo di veglia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Maggiori informazioni su come ci si sente, sulle limitazioni fisiche presenti (o meno) nelle ultime 2-3 settimane, sul tipo di vita che si conduce:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Pregresse importanti malattie**:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Malattie concomitanti contestualmente presenti:**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. Terapie mediche in atto per le eventuali patologie concomitanti su elencate:**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10**. ELENCARE QUI (con data e risultati) TUTTI I TEST EFFETTUATI PER I **MARCATORI GENETICI DEL TUMORE E PER IL PD-L1:**

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11. PREGRESSE TERAPIE PER IL TUMORE AL POLMONE** (spuntare una o più opzioni e rispondere alle eventuali domande):

* **Nessuna**
* **Trattamento/i chirurgico/i** (specificare il tipo di intervento e la data, come riportato in cartella clinica o nella lettera di dimissione al curante):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Radioterapia/e** (specificare il tipo di trattamento radiante e la data come riportato in cartella clinica o nella lettera di dimissione al curante):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Chemioterapia/e** (specificare il tipo di chemio e le date come riportato in cartella clinica o nella lettera di dimissione al curante):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Terapie Target (a bersaglio molecolare)**. Specificare il tipo di terapia e le date come riportato in cartella clinica o nella lettera di dimissione al curante:
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Immunoterapia** (specificare il farmaco/i usato/i e le date come riportato in cartella clinica o nella lettera di dimissione al curante):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Altre** (descrivere):
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. CENTRO/I OSPEDALIERO/I** in cui si è seguiti:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**13. DISPONIBILITÀ A TRASFERIRSI OLTRE-REGIONE** per partecipare a uno studio sperimentale: (SI /NO) \_\_\_\_\_\_\_

**14. ALTRE INFORMAZIONI** che si vogliono comunicare alla Dr.ssa Anna Muroni che proverà a cercare la sperimentazione idonea, adatta alla persona ammalata]:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_