



UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
VICTOR BABEȘ | TIMIȘOARA



Summer SCHOOL



Conferința

IMUNOTERAPIA CANCERULUI

Ediția a 9-a

PROGRAM

Timișoara | 18-21 iunie
Hotel
Timișoara | 2026



www.oncohelp.ro

SPONSORI / PARTENERI:



Sponsori / Parteneri **DIAMANT**



Sponsori / Parteneri **PLATINĂ**



Sponsori / Parteneri **AUR**



Sponsori / Parteneri **ARGINT**



Sponsori / Parteneri **BRONZ**

Alte forme de colaborare:





CUVÂNT ÎNAINTE

Dragi colegi,

Iată-ne din nou într-o lună toridă de iunie, lună consacrată la Timișoara pentru "Imunoterapia cancerului", într-o nouă ediție. Ediția nouă.

Ziua de joi va fi dedicată tinerilor oncologi. Vom putea audia o multitudine de prezentări ale unor colegi aflați la început de carieră dar, în același timp, lansați pe orbita descoperirilor în oncologie. Prezentările vor fi completate de un curs de uro-oncologie.

În acest an am încercat să reaşezăm principalele coordonate ale dezbaterii, pe direcțiile în care sperăm să ne specializăm cu toții - pe localizări. De aceea, vineri și sâmbătă vor fi sesiuni pe marile localizări - pulmonar, mamar, digestiv, uro, gineco, melanom, cap și gât. De altfel, tema supraspecializării va fi un subiect pe care-l vom aborda pe larg, sâmbătă.

Am renunțat la o serie de sesiuni preclinice din anii anteriori și ne vom concentra pe aspecte cât mai pragmatice, clinice, de actualitate. Tot sâmbătă vom dezbate, sub bagheta inegalabilului Dr. Mircea Dediu, adevăruri biblice care se regăsesc în practica oncologiei clinice, un subiect seducător prin profunzimea lui, la limita dintre religie, filozofie și medicină. În paralel cu conferințele de oncologie medicală se vor desfășura prezentări ale unor specialități conexe. Joi va fi o sală dedicată Îngrijirilor Paliative iar sâmbătă una pentru Radioterapie.

Vreau să mulțumesc de asemenea tuturor speakerilor pentru efortul de a elabora prezentările lor, tuturor colegilor pentru implicare și participanților pentru prezență. Efortul dumneavoastră de a veni la Timișoara ne dă mai departe încredere și speranța că vom sărbători, anul viitor, un deceniu de întâlniri pe această temă revoluționară, în permanentă expansiune și schimbare.

Sperăm să plecați cu informații utile, amintiri frumoase și dorința de a reveni cât mai curând aici!

COMITET ȘTIINȚIFIC

Dr. Claudia Aldea
Dr. Angelo Anater
Prof. Dr. Carmine Angelis
Dr. Nicoleta Antone
Dr. Ionuț-Lucian Antone-Iordache
Dr. Mircea Ardelean
Dr. Gerhard Baier
Prof. Dr. Nicolae Balica
Dr. Andra Elena Băloi
Dr. Maria Barbu
Dr. Sorela Barbu
Dr. Andreea Bena
Dr. Szilard Bereczki
Dr. Cătălina Bezărau
Dr. Andiana Blidari
Dr. Estera Boeriu
Dr. Tudor Boloș
Prof. Dr. Sorin Buga
Dr. Monica Buzemurga
Dr. Arlette Buzulică
Prof. Dr. Călin Căinaș
Dr. Alexandru Capcelea
Dr. Andreea Caraman
Dr. Gabriel Ceapă
Dr. Nelly Cherciu
Dr. Elea Ciocea
Dr. Alexandra Cîrstea
Prof. Dr. Tudor Ciuleanu
Dr. Dana Clement
Prof. Dr. Mary Coffey
Dr. Flavius Coșer
Dr. Andrei Cosma
Fiz. Valentin Costache
Dr. Dan Costăchescu
Prof. Dr. Zorin Crăiniceanu
Dr. Anca Croitoru
Prof. Dr. Alin Cumpănaș
Dr. Răzvan Curcă
Dr. Petra Curescu
Dr. Mircea Dediu
Prof. Dr. Alice Dema
Dr. Diana Diaconu
Dr. Radu Dragomir

Dr. Ana Dulan
Conf. Dr. Laurenția Gales
Dr. Adelina Silvana Gheorghe
Dr. Alexandra Gheorghiade
Dr. Silvia Giuchici
Dr. Miruna Grecea
Dr. Alexandru Grozăvescu
Dr. Claudiu Hopârtean
Dr. Dragoș Florin Iamandi
Fiz. Bogdan Ile
Dr. Florin Jurca
Prof. Dr. Gabriel Kacso
Dr. Timea Kirsch
Dr. Alexandra Kovacs
Dr. Horia Lișcu
Dr. Ioana Luca
Dr. Luiza Bițină
Dr. Vlad Lupu
Preot Cornel Man
Fiz. Vasiliki Margaroni
Dr. Andrei Mărginean
Dr. Mihai Marinca
Dr. Ovidiu Marușteri
Dr. Endre Mate
Dr. Tudor Mateescu
Dr. Ramona Matei
Dr. Gorana Matovina Brko
Dr. Cătălin Mihai
Psih. Alexandra Mihoc
Prof. Dr. Lucian Miron
Dr. Florida Mitroi
Dr. Imam Mologani
Prof. Dr. Daniela Moșoiu
Preot Conf. Dr. Nicolae Moșoiu
Dr. Teodora Muntean
Dr. Daniela Nagy
Dr. Dana Sonia Nagy
Dr. Sebastian Neculoiu
Prof. Dr. Șerban Negru
Dr. Adina Nemeș
Dr. Amedeia Niță
Prof. Dr. Cornelia Nițipir
Av. Carmen Novac

Dr. Cătălina Nuță
Prof. Dr. Cristian Oancea
Dr. Denisa Oprean
Dr. Cristina Oprean
Dr. Mihaela Pașca Feneșan
Dr. Raluca Pătru
Dr. Liliana Perța
Fiz. Cristina Petroiu
Dr. Gina Pistravu
Prof. Dr. Ovidiu Pop
Dr. Tiberiu Popescu
CEO Călin Popescu
Dr. Teodora Popescu
Prof. Dr. Lazar Popovic
Conf. Dr. Dorel Popovici
Prof. Dr. Vladimir Poroch
Dr. Andrei Virgil Preda
Prof. Dr. Laura Rebegea
Dr. Gabriel Rîcu
Dr. Sorin Săftescu
Dr. Cristina Sandi-Dima
Dr. Daniela Sandu
Conf. Dr. Michael Schenker
Dr. Mircea Șerpe
Dr. Daniela Sîrbu
Dr. Ileana Spătaru
Dr. Vlad Ștefănel
Conf. Dr. Teodora Alexa Stratulat
Dr. Alexandru Țîpcu
Dr. Raul Todea
Conf. Dr. Olivia Toma
Dr. Oana Trifănescu
Dr. Sara Samira Vasilache
Dr. Rareș Vasluiuanu
Dr. Radu Vidra
Dr. Anca Voiculescu
Conf. Dr. Simona Volovăț
Dr. Vlad Vornicu
Dr. Teodor Zah
Dr. Renata Zahu



PROGRAM CONFERINȚĂ

Joi, 18 iunie

08:30 – 09:00 Înregistrarea participanților

Sala Experience 1

09.30 – 11.30 Sesiunea cazurilor clinice de cancere bronhopulmonare

Moderatori: Dr. Vlad Vornicu, Dr. Andrei Cosma

- 09.30 – 09.45 O nouă provocare pentru sistemul imun: de la terapia de consolidare cu Durvalumab la dubla blocadă a punctelor de control imun în cancerul bronhopulmonar (Dr. Gina Pristavu)
- 09.45 – 10.00 Răspuns complet și supraviețuire prelungită în cazul unui NSCLC cu metastază unică de bază de limbă (Dr. Dragoș-Florin Iamandi)
- 10.00 – 10.15 Remisiune completă de lungă durată sub Nivolumab la un pacient cu carcinom scuamos pulmonar metastatic (Dr. Mircea Ardelean)
- 10.15 – 10.30 O nouă malignitate sau recidivă? provocările diagnostice și terapeutice ale unui cancer pulmonar cu inserție EGFR EXON 20 (Dr. Arlette Buzulică)
- 10.30 – 10.45 Când este nevoie de vacanță? Un studiu de caz al unui pacient cu cancer pulmonar non-microcelular (Dr. Gabriel Ceapă)
- 10.45 – 11.00 Țintă precisă, daune colaterale: hepatită indusă de TKI în NSCLC (Dr. Gerhard Baier)
- 11.00 – 11.15 O evaluare multifacțată a influenței evenimentelor adverse mediate imun asupra supraviețuirii pacienților cu cancer pulmonar metastatic tratați cu imunoterapie. Experiența Real-World a unui centru terțiar din România (Dr. Ionuț-Lucian Antone-Iordache)
- 11.15 – 11.30 Comunicarea deficitară și vulnerabilitatea cognitivă - obstacole în valorificarea oportunităților curative ale neoplaziilor sincrone (Dr. Andra-Elena Băloi)

11:30 – 12:00 Coffee break

12.00 – 13.00 Sesiunea cazurilor clinice de cancere mamare

Moderatori: Dr. Cristina Oprean, Dr. Sorela Barbu

- 12.00 – 12.15 Invazia medulară simptomatică din cancerul mamar: trăsături clinicopatologice, prognostic și tratament - experiența IOCN (Dr. Raul Todea)
- 12.15 – 12.30 Între eficacitate și toxicitate – un caz provocator de hepatită mediată imun pe parcursul tratamentului neoadjuvant în cancerul mamar triplu negativ incipient (Dr. Silvia Giuchici)
- 12.30 – 12.45 Când PET-CT-ul mimează metastazele: reacție de tip sarcoidoză indusă de imunoterapie în cancerul mamar triplu negativ (Dr. Caraman Andreea)
- 12.45 – 13.00 Rolul imunoterapiei în cancerul mamar bilateral metastatic cu expresie PD-L1 și mutație patogenă BRCA1: provocările heterogenității moleculare (Dr. Diana Diaconu)

13.00 – 14.00 Prânz

PUSH THE PARADIGM

REDEFINIREA EFICACITĂȚII ÎN
HR+/HER2-LOW ȘI HER2-ULTRALOW mBC¹

13,2 luni mPFS
cu ENHERTU

vs 8,1 luni cu chimioterapie la populația cu HR+/HER2-low¹
(HR: 0,62; 95% CI: 0,52-0,75; P<0,0001)

► Acțiune țintită cu ENHERTU în mBC HR+/HER2-low și HER2-ultralow după ≥1 linie de terapie endocrină^{1,a}

*Progresie după 2 linii de ET sau după 1 linie de ET și ≤6 luni de la inițierea terapiei ET + ICDA/6 sau recidivă în ≤24 de luni de la inițierea ET adjuvante.

Obiectiv primar: PFS (evaluare BICR) la pacienți cu mBC HER2-low



► Perioadă mediană de urmărire: 18,6 luni³

ENHERTU a redus cu 38% riscul de progresie a bolii sau deces vs chimioterapie (HR: 0,62; CI 95%: 0,52–0,75; P<0,0001)¹

DESTINY-Breast06 a fost un studiu de fază 3, randomizat, care a evaluat tratamentul cu ENHERTU comparativ cu chimioterapia la 866 de pacienți cu cancer mamar metastatic HR+/HER2-low (IHC 1+ sau IHC 2+/ISH-) sau HR+/HER2-ultralow (IHC 0 cu imunomarcaj membranar), care au prezentat progresia bolii după cel puțin 2 linii de ET în stadiu metastatic sau după 1 linie de ET în stadiu metastatic și demonstraseră progresie în decurs de 24 de luni de la inițierea ET adjuvante sau în decurs de 6 luni de la inițierea ET de primă linie în asociere cu un inhibitor CDK 4/6 în stadiu metastatic. Pacienții din brațul cu ENHERTU au primit 5,4 mg/kg i.v. la fiecare 3 săptămâni, până la progresia bolii sau toxicitate inacceptabilă. Pacienții din brațul cu chimioterapie au primit capecitabină, paclitaxel sau nab-paclitaxel.¹

► Cele mai frecvente reacții adverse (≥20%) asociate tratamentului cu ENHERTU (n=434), inclusiv modificări ale analizelor de laborator, au fost: greață (65,9%), oboseală (46,8%), alopecie (45,4%), neutropenie (37,6%), valori crescute ale transaminazelor (29,5%), anemie (28,1%), vârsături (27,2%), diaree (23,7%), apetit scăzut (23,5%) și leucopenie (23,3%).²

Indicație

ENHERTU administrat în monoterapie este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu cancer mamar nerezecabil sau metastatic:

- HR+/HER2-low (IHC1+ sau IHC2+/ISH-) sau HER2-ultralow (IHC 0 cu colorație de membrană), cărora li s-a administrat cel puțin o terapie endocrină în contextul metastazelor și care nu sunt considerați eligibili pentru terapia endocrină ca linie următoare de tratament;
- HER2-low (IHC 1+ sau IHC 2+/ISH-), cărora li s-a administrat anterior chimioterapie în contextul metastazelor sau au manifestat recidiva bolii pe parcursul sau în termen de 6 luni de la finalizarea chimioterapiei adjuvante.

Abrevieri: 1L, prima linie; BICR, evaluare centralizată de un comitet independent; BPI, boală pulmonară interstitală; CI, interval de încredere; CR, răspuns complet; DOR, durată răspunsului; ET, terapie endocrină; HER2, receptorul 2 al factorului uman de creștere epidermică; HR, rata de risc; HR+, receptori hormonal pozitiv; ICDA/6, inhibitor de kinază ciclin-dependență 4 și 6; IHC, imunohistochimie; ISH, hibridizare in situ; ITT, intenție de tratament; i.v., intravenos; low, scăzut; mBC, cancer mamar metastatic; mPFS, supraviețuire mediană fără progresia bolii; n, număr de pacienți; PFS, supraviețuire fără progresia bolii; PR, răspuns parțial; ultralow, ultrascazut.

Referințe: 1. Rezumatul Caracteristicilor Produsului ENHERTU (trastuzumab deruxtecan), Noiembrie 2025; 2. Bardia A, Hu X, Dent R, et al. DESTINY-Breast06 Trial Investigators. Trastuzumab deruxtecan after endocrine therapy in metastatic breast cancer. N Engl J Med. 2024;391(22):2110-2122; 3. Curigliano G. Trastuzumab deruxtecan vs physician's choice of chemotherapy in patients with hormone receptor-positive, human epidermal growth factor receptor 2 (HER2)-low or HER2-ultralow metastatic breast cancer with prior endocrine therapy: primary results from DESTINY-Breast06. Presented at: American Society for Clinical Oncology, May 31-June 4, 2024; Chicago, IL.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală.

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță.

Profesiștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate.

Evenimentele adverse pot fi raportate online la <https://contactazmedicaal.astrazeneca.com>, sau la adresa farmacovigilenta@astrazeneca.com

Deținătorul autorizației de punere pe piață: Daiichi Sankyo Europe GmbH, Germania.

Reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață:



Lynparza®

olaparib

tablets 150 mg

1 PRODUS

3 LOCALIZĂRI
TUMORALE

7 INDICAȚII



Beneficii de eficacitate demonstrate în:

Cancer ovarian avansat epitelial de grad înalt*

Întreținere 1L RC/RP la sărurile de platină

asociere cu bevacizumab

monoterapie

PAOLA-1¹

mPFS 46,8 luni
(HRD+)

SOLO-1²

mPFS 56 luni
(gBRCAm)

Întreținere 2L RC/RP la sărurile de platină

monoterapie

monoterapie

SOLO-2³

mPFS 19,1 luni
(gBRCAm)

Study 19⁴

mPFS 8,4 luni
(all comers)

Cancer de Sân*

Avansat
monoterapie

Incipient
monoterapie sau
asociere cu ET

OlympiA⁵

IDFS 80%
(gBRCAm)

OlympiAD⁶

mPFS 7 luni
(gBRCAm)

Cancer de Prostată*

Metastatic rezistent la castrare
monoterapie

asociere cu abirateron
și prednison

PROpel⁷

mrPFS 24,8 luni
(all comers)

PROfound^{8,9}

mrPFS 9,79 luni
(BRCAm)

Lynparza s-a asociat cu reacții adverse în general de severitate ușoară sau moderată (CTCAE grad 1 sau 2), care nu au necesitat în general oprirea tratamentului. Cele mai frecvente reacții adverse (≥10%) observate în studiile clinice la pacienții cărora li s-a administrat Lynparza în monoterapie au fost greață, fatigabilitate/astenie, anemie, varsături, diaree, scăderea apetitului alimentar, cefalee, neutropenie, disgeuzie, tuse, leucopenie, amețeli, disnee și dispnee.

mrPFS, supraviețuirea mediană fără progresie radiologică; **mPFS**, supraviețuirea mediană fără progresie; **IDFS**, supraviețuirea fără boală invazivă; **gBRCAm**, mutații germinale ale genei BRCA1/2; **RC/RP**, răspuns (complet sau parțial) după finalizarea chimioterapiei pe bază de platină; **HRD**, deficit de recombinare omologă; **all-comers**, toți pacienții (indiferent de statusul mutațional); **ET**, terapie estrogenică

Referințe: 1. Ray-Coquard I, et al. Annals of Oncology. Volume 34, Issue 8, August 2023, Pages 681-692. 2. Banerjee S, Moore KN, Colombo N, et al. Maintenance olaparib for patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer and a BRCA mutation (SOLO1/GOG 3004): 5-year follow-up of a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2021;22:1721-1731. 3. Pujade-Lauraine E, et al. Lancet Oncol. 2017;18:1274-84. 4. Ledermann J, et al. Lancet Oncol. 2014;15(8):852-861. 5. Garber J, et al. 2024 "Phase 3, multicenter, randomized, placebo-controlled trial of adjuvant olaparib after (neo)adjuvant chemotherapy in patients w/ germline BRCA1/BRCA2 pathogenic variants and high-risk HER2-negative primary breast cancer: longer term follow-up." SABCS Congress Annual Meeting Presentation #G51-09. 6. Robson M, et al. N Engl J Med. 2017;377:523-33. 7. Clarke N, et al. New Engl J Med Evid. 2022. DOI:https://doi.org/10.1056/EVID0a2200043. 8. Johann de Bono, et al. N Engl J Med. 2020 May 28; 382(22):2091-2102. 9. Golan T, et al. Article and supplementary appendix online ahead of print. New Engl J Med. 2019.

*Conform indicației produsului

AstraZeneca

ASTRAZENECA PHARMA S.R.L.
Str. Tipografilor nr. 1, MUȘE Offices, Et. 2 și 3,
013714, sector 1, București
Tel.: +40 21 317 60 41
Email: office.romania@astrazeneca.com

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Evenimentele adverse pot fi raportate online <https://contactazmedical.astrazeneca.com>,
sau la adresa farmacovigilanta@astrazeneca.com

Pentru informații suplimentare, vă rugăm să consultați versiunea
actualizată a Rezumatul Caracteristicilor Produsului, scanând codul QR.
Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală.



RO-25075/aprilie 2025

14.00 – 15.00 Sesiunea cazurilor clinice de cancere urogenitale și toxicități mediate imun

Moderatori: Dr. Daniela Nagy, Dr. Angelo Anater

- 14.00 – 14.15 Răspuns complet imagistic la asocierea Nivolumab–Cabozantinib în carcinomul renal metastatic cu celule clare complicat de nefrită mediată imun grad 3: echilibrul dintre eficacitate și toxicitate (Dr. Cătălina Nuță)
- 14.15 – 14.30 Imuno-radioterapia - o opțiune terapeutică pragmatică pentru un pacient fragile cu carcinom renal și cancer vezical sincrone (Dr. Iman Mologani)
- 14.30 – 14.45 Dincolo de toxicitate: reluarea imunoterapiei după IRAE (Dr. Luiza Bițnă)
- 14.45 – 15.00 Hipotiroidismul imun-mediat asociat inhibitorilor PD-L1: posibil marker de răspuns antitumoral (Dr. Sara Samira Vasilache)

15.00 – 16.00 Simpozion AstraZeneca

Imunoterapia perioperatorie în MIBC: parcursul pacientului și coordonarea multidisciplinară (Prof. Dr. Alin Cumpănaș & Prof. Dr. Alis Dema & Dr. Daniela Nagy)

16:00 – 16.30 Coffee break

16.30 – 18.15 Sesiunea cazurilor clinice de cancere digestive

Moderatori: Dr. Anca Voiculescu, Dr. Endre Mate

- 16.30 – 16.45 Biomarkeri hematologici ca predictori ai evenimentelor adverse imun-mediate (IRAES): analiză comparativă a trei meta-analize majore și corelație cu cazuri clinice din practica proprie (Dr. Cătălin Mihai)
- 16.45 – 17.00 De la necunoscut la acționabil: rolul NGS în cancerele cu punct de plecare neprecizat (Dr. Alexandru Capcelea)
- 17.00 – 17.15 Reiradierea metastazelor hepatice: provocări dozimetrice și decizii clinice într-un caz complex (Dr. Teodor Zah)
- 17.15 – 17.30 Rolul statusului MSI-H/dMMR în obținerea unui control durabil al bolii la un pacient cu carcinom colorectal mixt metastatic: prezentare de caz (Dr. Alexandra Gheorghiade)
- 17.30 – 17.45 Răspuns complet confirmat imagistic în adenocarcinomul pancreatic metastatic, menținut timp de un an (Dr. Teodora Muntean)
- 17.45 – 18.00 De la recomandare de îngrijiri paliative la tratament multimodal: provocările stadializării în cancerul gastric (Dr. Andrei Virgil Preda)
- 18.00 – 18:15 Răspunsuri profunde și durabile la Atezolizumab-Bevacizumab în carcinomul hepatocelular: serie de cazuri (Dr. Denisa Oprean)

Sala Experience 2

09.05 – 11.00 Îngrijirea Paliativă – punte de conexiune interdisciplinară

Moderatori: Prof. Dr. Daniela Moșoiu, Dr. Mircea Șerpe

- 09.05 – 09.25 Conexiunea cu Oncologia Medicală (Dr. Florida Mitroi)
- 09.25 – 09.45 Conexiunea cu Nefrologia (Dr. Florin Jurca)
- 09.45 – 10.05 Conexiunea cu Medicina de Familie (Dr. Ovidiu Marușteri)
- 10.05 – 10.25 Conexiunea cu Radioterapia (Dr. Anca Croitoru)
- 10.25 – 10.45 Conexiunea cu Hematologia (Dr. Alexandru Grozăvescu)
- 10.45 – 11.00 Panel de discuții



11:00 – 11:30 Coffee break

11.30 – 13.00 „Colaborarea este esența dezvoltării” – motto ANIP

Moderatori: Dr. Dana Sonia Nagy, Dr. Cristina Sandi-Dima

11.30 – 11.50 UpDates în Îngrijirea Paliativă (Prof. Dr. Daniela Moșoiu)

11.50 – 12.10 Afectarea neurologică în cancer (Dr. Mircea Șerpe)

12.10 – 12.30 Aspecte sensibile ale consimțământului informat în practica medicală
(Av. Carmen Novac)

12.30 – 12.50 Când începe Îngrijirea Paliativă pediatrică?! Conexiuni din practica clinică
(Dr. Estera Boeriu)

12.50 – 13.00 Panel de discuții

13.00 – 14.00 Prânz

14.00 – 16.00 Intervenții paliative multimodale

Moderatori: Dr. Cristina Sandi-Dima, Dr. Dana Sonia Nagy

14.00 – 14.20 „Mi-e teamă!” – vocea pacientului și răspunsul multidisciplinar în Îngrijirea Paliativă
(Dr. Cristina Sandi-Dima)

14.20 – 14.40 Sensul suferinței și demnitatea umană la finalul vieții (Preot Cornel Man)

14.40 – 15.00 Cuplul în traiectoria oncologică (Psih. Alexandra Mihoc)

15.00 – 15.20 Impactul infecțiilor de părti moi la pacienții oncologici (Dr. Liliana Perța)

15.20 – 15.40 O introducere în abordarea suferinței și a nevoilor existențiale și duhovnicești ale
pacienților în stadiu incurabil (Preot Conf. Dr. Nicolae Moșoiu)

15.40 – 15.50 Proiecte pentru dezvoltarea Îngrijirii Paliative (Dr. Daniela Nagy)

15.50 – 16.00 Discuții

16.00 – 16.30 Coffee break

16.30 – 18.00 Abordarea integrativă în Îngrijirea Paliativă

Moderatori: Prof. Dr. Șerban Negru, Prof. Dr. Vladimir Poroch

16.30 – 16.50 Creșterea accesibilității la serviciile de îngrijiri paliative prin formare profesională de bază
și specializată – ce aduce nou? (Prof. Dr. Vladimir Poroch)

16.50 – 17.10 Adevăr și provocări în Îngrijirea Paliativă (Dr. Dana Sonia Nagy)

17.10 – 18.00 Integrarea Îngrijirii Paliative în Oncologie – Standarde de calitate (Prof. Dr. Sorin Buga)
Planificarea în avans a îngrijirii – directive în avans (Prof. Dr. Sorin Buga)

18.00 – 18.10 Concluzii, închiderea lucrărilor

WE ARE LEADING A REVOLUTION IN ONCO-HEMATOLOGY TO REDEFINE CANCER CARE



Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Pentru informații suplimentare, vă rugăm să consultați versiunea actualizată a Rezumatul Caracteristicilor Produsului, scanând codul QR.

▼ Medicamentele Enhertu, Calquence, Imjudo, Truqap, Datroway fac obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate.

Evenimentele adverse pot fi raportate online <https://contactazmedical.astrazeneca.com>, sau la adresa farmacovigilenta@astrazeneca.com

Medicamente eliberate pe bază de prescripție medicală.



AstraZeneca Pharma S.R.L.
Str. Tipografilor 1A, et. 2-3, 013714, sector 1, București
Tel.: +40 21 317 60 41; office.romania@astrazeneca.com

RO-31995/05.2026

Îmbunătățirea șanselor de supraviețuire a pacienților cu HER2+

Primul și singurul tratament ținut aprobat în monoterapie în L2+ în GC/GEJ HER2+ care a demonstrat o SG superioară vs. chimioterapie^{1,6,7}

▶ **ENHERTU a demonstrat rezultate consistente în 2 studii clinice care au inclus pacienți cu GC/GEJ HER2+ în L2+, stadiul avansat^{1,4,5}**

DESTINY-Gastric01

42,9% ORR
cu ENHERTU
(n=51/119; 95% CI: 33,8-52,3)

vs
P<0,0001

12,5% ORR cu irinotecan sau paclitaxel
(n=7/56; 95% CI: 5,2-24,1)

12,5 luni mOS
cu ENHERTU
(n=125; 95% CI: 9,6-14,3)

vs
P=0,01
HR=0,59
(95% CI: 0,39-0,88)

8,4 luni mOS cu irinotecan sau paclitaxel
(n=62; 95% CI: 6,9-10,7)

DESTINY-Gastric02

41,8% ORR
cu ENHERTU
(n=33/79; 95% CI: 30,8-53,4)

12,1 luni mOS
cu ENHERTU
(N=79; 95% CI: 9,4-15,4)



ENHERTU în monoterapie este indicat pentru tratamentul pacienților adulți cu adenocarcinom gastric sau al joncțiunii gastro-esofagiene (JGE) HER2 pozitiv, avansat, cărora li s-au administrat anterior cel puțin două scheme de tratament, incluzând trastuzumab și care au înregistrat progresie în timpul tratamentului cu trifluridină/tipiracil, sau pentru care tratamentul cu trifluridină/tipiracil nu este considerat adecvat.³

Abrevieri: GC, cancer gastric; GEJ, cancer al joncțiunii eso-gastrice; ORR, rată de răspuns obiectiv; mOS, supraviețuire generală mediană; CI, interval de încredere; HR, rată de risc; SG, supraviețuire globală.

Referințe: 1. Shitara K, Bang YJ, Iwasa S, et al. Trastuzumab deruxtecan in previously treated HER2-positive gastric cancer. N Engl J Med. 2020;382(25):2419-2430. doi:10.1056/NEJMoa2004413; 2. Rezumatul Caracteristicilor Produsului, martie 2025; 3. Protocol terapeutic corespunzător poziției nr. 343 cod (L01FD04): DCI TRASTUZUMABUM DERUXTECANUM; 4. Ku G, di Bartolomeo M, Smyth E, et al. Updated analysis of DESTINY-Gastric02: a Phase 2 single-arm trial of trastuzumab deruxtecan (T-DXd) in western patients with HER2-positive unresectable/ metastatic gastric/gastroesophageal junction (GEJ) cancer who progressed on or after trastuzumab-containing regimen. Presented at: ESMO 2022 Annual Meeting; September 9-13, 2022; Paris, France; 5. Data on file. Daiichi Sankyo Inc., Basking Ridge, NJ; 6. Curea FG, Hebbbar M, Ilie SM, et al. Current targeted therapies in HER2-positive gastric adenocarcinoma. Cancer Biother Radiopharm. 2017;32(10):351-363. doi:10.1089/cbr.2017.2249; 7. Zhao D, Klempner SJ, Chao J. Progress and challenges in HER2-positive gastroesophageal adenocarcinoma. J Hematol Oncol. 2019;12(1):50. doi:10.1186/s13045-019-0737-2.

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate.

Evenimentele adverse pot fi raportate online <https://contactazmedical.astrazeneca.com>, sau la adresa farmacovigilenta@astrazeneca.com

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

RO-31996/mai.2026

Deținătorul autorizației de punere pe piață: Daiichi Sankyo Europe GmbH, Germania
 Reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață:
AstraZeneca Pharma S.R.L.

Str. Tipografilor 1A, et. 2-3, 013714, sector 1, București
 Tel.: +40 21 317 60 41; Email: office.romania@astrazeneca.com





Vineri, 19 iunie

Sala Experience 1

09.00 – 11.00 Melanomul și dincolo de el: actualități în cancerele cutanate melanice, non-melanice și în melanomul ocular

Moderator: Dr. Andrei Cosma

09.00 – 09.15 De ce cancerul de piele este încă important? (Dr. Andrei Cosma)

09.15 – 09.40 Metode de screening în 2026: de la dermatoscopie, la evaluarea prin fotofinder și utilitatea inteligenței artificiale (Conf. Dr. Olivia Toma)

09.40 – 10.20 Noi standarde de tratament în melanomul cutanat incipient

09.40 – 10.00 Reexcizia și evaluarea ganglionului sentinelă (Prof. Dr. Zorin Crăiniceanu)

10.00 – 10.20 Tratamentul sistemic neoadjuvant (Conf. Dr. Laurenția Gaeș)

10.20 – 10.40 Managementul tumorilor cutanate non-melanomice: Importanța MDT (Radioterapie, Oncologie medicală)

Prezentare susținută cu ajutorul Medison Pharma

(Dr. Teodora Popescu, Moderator: Dr. Andrei Cosma)

10.40 – 11.00 Simpozion Medison Pharma

Melanomul uveal metastatic: o nouă eră a tratamentului (Dr. Petra Curescu)

11.00 – 11.30 Coffee break

11.30 – 13.00 NSCLC oncogene-driven: noi standarde terapeutice în 2026

Moderator: Dr. Mihaela Pașca-Feneșan

11.30 – 11.50 Simpozion Johnson & Johnson

Redefinirea terapiilor de primă linie în tratamentul pacientului cu NSCLC avansat cu EGFR mutații comune (Dr. Amedea Niță)

11.50 – 12.10 Simpozion AstraZeneca

Redefinirea supraviețuirii în FLAURA2: TAGRISSO + chimioterapie, prima combinație care a demonstrat cel mai mare beneficiu de OS în NSCLC EGFRm (Dr. Răzvan Curcă)

12.10 – 12.25 Perspectivă de expert: alegerea strategiei optime de primă linie (Dr. Răzvan Curcă)

12.25 – 12.45 Rezistența în NSCLC EGFR-mutant: mecanisme și strategii post-progresie (Dr. Dana Clement)

12.45 – 13.00 NSCLC cu mutație KRAS: extinderea oportunităților terapeutice (Dr. Sebastian Neculoiu)

13.00 – 14.00 Prânz



În tratamentul de primă linie al NSCLC avansat cu mutație EGFR

TAGRISSO® + chimioterapie asigură o calitate a supraviețuirii fără precedent

Bazat pe studiul FLAURA2, TAGRISSO® + chimioterapie au demonstrat cea mai lungă supraviețuire mediană înregistrată la pacienții cu NSCLC avansat EGFRm.



4 ani mediana OS + chimioterapie

TAGRISSO® +
chimioterapie

**47,5
luni
mediana OS**

(95% CI: 41,0-NC)

vs

TAGRISSO®

**37,6
luni
mediana OS**

(95% CI: 33,2-43,2)

29 luni mediana PFS + chimioterapie

TAGRISSO® +
chimioterapie

**29,4
luni
mediana PFS**

(95% CI: 25,1-NC)

vs

TAGRISSO®

**19,9
luni
mediana PFS**

(95% CI: 16,8-25,3)

Per BICR analysis^{1,2}

CI=interval de încredere; EGFR=receptor al factorului de creștere epidermal; EGFRm=receptorii factorului de creștere epidermal (EGFR), care exprimă mutațiile sensibilizante; NSCLC=cancer bronhopulmonar altul decât cel cu celule mici; OS=supraviețuire generală; PFS=supraviețuire fără progresie a bolii; BICR=evaluare centrală independentă, efectuată în orb.

Referințe: 1. Planchard D, Jänne PA, Cheng Y, et al: FLAURA2 Investigators. Osimertinib with or without chemotherapy in EGFR-mutated advanced NSCLC. N Engl J Med. 2023;389(21):1935-1948. 2. TAGRISSO (Osimertinib) Prescribing Information Leaflet, March 2025.

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Evenimentele adverse pot fi raportate online <https://contactazmedical.astrazeneca.com>, sau la adresa farmacovigilenta@astrazeneca.com

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală.

Pentru informații suplimentare, vă rugăm să consultați versiunea actualizată a Rezumatului Caracteristicilor Produsului, scanând codul QR.

RO-28641/04.2026



ASTRAZENECA PHARMA S.R.L.

Str. Tipografilor 1A, et. 2-3, 013714, sector 1, București
Tel.: +40 21 317 60 41; office.romania@astrazeneca.com





14.00 – 16.00 De la rezecabil la extensiv: strategii modern în NSCLC și SCLC

Moderator: Dr. Daniela Sirbu

14.00 – 14.20 NSCLC rezecabil: integrarea strategiilor neoadjuvante și perioperatorii în practica clinică (Dr. Vlad Vornicu)

Prezentare susținută cu ajutorul BMS

14.20 – 14.40 Simpozion educațional AstraZeneca

Rolul imunoterapiei în NSCLC stadiile incipiente (Dr. Mihaela Pașca-Feneșan)

14.40 – 15.10 Rolul biomarkerilor moleculari în personalizarea tratamentului NSCLC în stadii precoce și local avansate (Dr. Mircea Dediu)

15.10 – 15.30 Imunoterapia în SCLC: îmbunătățirea rezultatelor terapeutice (Prof. Dr. Lucian Miron)

15.30 – 16.00 Simpozion MSD

Keytruda SC – redefinirea experienței de tratament (Prof. Dr. Șerban Negru & Conf. Dr. Michael Schenker)

16.00 – 16.30 Coffee break

16.30 – 18.00 Cancerul bronhopulmonar avansat: strategii terapeutice personalizate în 2026

Moderator: Dr. Vlad Vornicu

16.30 – 17.00 De la screening la strategia terapeutică: impactul colaborării în echipa multidisciplinară în parcursul pacientului cu cancer pulmonar

Prezentare susținută cu ajutorul Medison Pharma

Moderator: Dr. Răzvan Curcă

Membrii MDT: Dr. Dana Clement, Prof. Dr. Ovidiu Pop, Prof. Dr. Cristian Oancea, Dr. Vlad Vornicu

17.00 – 17.15 Simpozion Pfizer

Începeți în forță în prima linie în NSCLC ALK+: rolul și importanța Lorlatinib (Dr. Mihaela Pașca-Feneșan)

17.15 – 17.35 Simpozion AstraZeneca

INFINZI – un singur IO în întregul spectru al SCLC (Dr. Amedeia Niță)

17.35 – 17.50 Simpozion Merck

Tepotinib deschide un nou orizont în tratarea pacienților cu NSCLC MET exon 14 mt (Dr. Mihaela Pașca Feneșan)

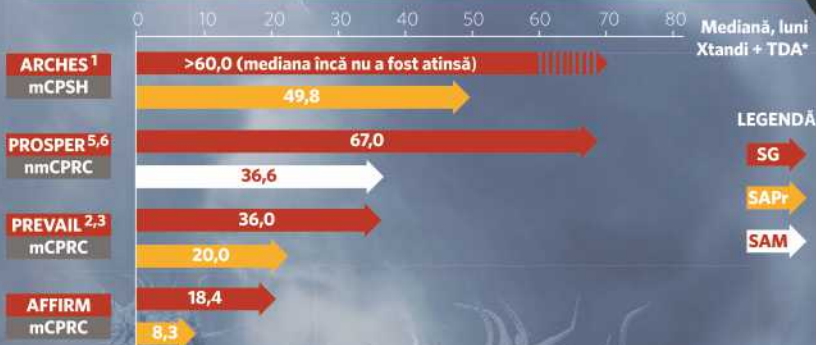
17.50 – 18.00 Simpozion Accord

Eficacitatea și siguranța administrării concomitente a imunoterapiei și denosumab 120 mg la pacienții cu tumori solide (Dr. Sorin Săftescu)

Prima opțiune de tratament pentru pacienții cu mCPSH este importantă

Pentru a le putea oferi pacienților șansa de a se bucura mai
mult timp alături de cei dragi, recomandăm **XTANDI™** de la început

Cel mai mare beneficiu de supraviețuire globală a fost observat la pacienții care
au primit XTANDI™ cât mai devreme în schema terapeutică¹⁻⁴



*Rezultatele prezentate au ca sursă studii independente și sunt expuse exclusiv cu scop ilustrativ. Toate aceste valori au fost atinse în grupurile de tratament cu Xtandi din cadrul fiecărui studiu aferent. ¹ mCPSH, cancer de prostată metastatic sensibil la terapia hormonală; CPRC, cancer de prostată rezistent la castrare; nmCPRC, cancer de prostată rezistent la castrare non-metastatic; mCPRC, cancer de prostată rezistent la castrare metastatic; SAM, supraviețuirea în absența metastazelor; SG, supraviețuire globală; SAp, supraviețuirea în absența progresiei radiografice; TDA, terapie de deprivare androgenică.

Referințe: 1. Armstrong AJ et al. J Clin Oncol 2022; 40(15):1616–1622. 2. Beer TM et al. N Engl J Med 2017; 71(2):151–154. 3. Armstrong AJ et al. Eur Urol 2020; 78(3):347–357. 4. Scher HI et al. N Engl J Med 2012; 367(13):1187–1197. 5. Sternberg CN et al. N Engl J Med 2020; 382(23):2197–2206. 6. Hussain M et al. N Engl J Med 2018; 378(26):2465–2474.

Pentru informații complete de prescriere vă rugăm consultați Rezumatul caracteristicilor produsului, Xtandi 40 mg (enzalutamidă) comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Informații suplimentare se pot obține la <http://www.astellas.com> și la S.C. Astellas Pharma S.R.L., One United Tower, Calea Floreasca, Nr. 165, Sector 1, București, tel: 0213610495 și fax: 0213610496. Pentru raportarea evenimentelor adverse contactați reprezentanța locală la tel: 0213610492 și farmacovigilenta.ro@astellas.com. Pentru informații medicale suplimentare, vă rugăm adresați-vă la medinfo.est-m@astellas.com.



Data pregătirii materialului: aprilie 2026
Data expirării materialului: iulie 2026
MAT-RO-XTD-2026-00114

Scanați codul QR
pentru RCP Xtandi



Acționați acum cu XTANDI™ pentru pacienții cu mCPSH



ARCHES

**XTANDI™ în prima linie la pacienți
cu mCPSH**

Urmărire SG la 5 ani^{1*}

Ca XTANDI™ + ADT comparativ cu ADT + PBO,

**2 din 3 pacienți cu mCPSH
sunt în viață după 5 ani**



RR: 0,70 (II 95%, 0,58–0,85), $p < 0,001$



**XTANDI™ + ADT au oferit beneficii de supraviețuire
susținute pe termen lung comparativ cu placebo + ADT
în rândul pacienților cu mCPSH, în pofida unui crossover
substanțial începând cu a 18-a lună^{1**}.**

Xtandi™
enzalutamidă

*În combinație cu ADT

**Aceste date sunt din analiza finală a studiului ARCHES (data limită de colectare a datelor 28 Mai 2021). După analiza primară, studiul a fost deschis pentru a permite pacienților aflați în brațul cu placebo + ADT să treacă în brațul cu XTANDI + ADT într-o extensie deschisă a studiului.²

ADT=terapie de deprivare androgenică; mCPSH= cancer de prostată metastatic sensibil la terapia hormonală; SG = supraviețuire globală; PBO= placebo; RR= raportul riscului; II= interval de încredere.

Referințe:

1. Armstrong AJ et al. Presented at: American Society of Clinical Oncology, 2025.

Pentru informații complete de prescriere vă rugăm consultați Rezumatul caracteristicilor produsului. Xtandi 40 mg (enzalutamidă) comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Informații suplimentare se pot obține la <http://www.astellas.com> și la S.C. Astellas Pharma S.R.L., One United Tower, Calea Floreasca, Nr. 165, Sector 1, București, tel: 0213610495 și fax: 0213610496. Pentru raportarea evenimentelor adverse contactați reprezentanța locală la tel: 0213610492 și farmacovigilenta.ro@astellas.com. Pentru informații medicale suplimentare, vă rugăm adresați-vă la medinfo.est-m@astellas.com.



Data pregătirii materialului: aprilie 2026
Data expirării materialului: iulie 2026
MAT-R0-XTD-2026-00114

Scanați codul
QR pentru
RCP Xtandi



Oferiți de la început XTANDI™ pacienților dumneavoastră cu mCPSH

Un număr redus de pacienți cu mCPSH primesc tratament de linie a II-a sau a III-a în practica clinică. Prin urmare, alegerea tratamentului de primă linie este esențial.



Linii de tratament primite de pacienții cu mCPSH în Alberta, Canada (N=643)^{**}

Cea mai mare oportunitate de control al bolii^{1,2}

Cel mai mare impact asupra supraviețuirii pe termen lung^{2,3}

Nu toți pacienții vor ajunge să beneficieze de liniile ulterioare de tratament^{2,4,5}

Terapia de primă linie cu ARPI + ADT oferă cel mai mare impact în încetinirea progresiei bolii comparativ cu ADT în monoterapie^{*7,8}

Pacienții rămân adesea pe terapia de primă linie pentru o durată mai mare decât pe orice linie ulterioară^{9,10}

Un regim optim în prima linie este esențial, deoarece nu se poate anticipa evoluția bolii și nici câte linii de tratament vor fi necesare.¹¹

Un tratament optim de primă linie ar trebui să întârzie progresia bolii cât mai mult posibil, menținând în același timp calitatea vieții pacienților

*Inclusiv pacienți cu PSA nedetectabil care au înregistrat rezultate clinice îmbunătățite și au fost mai predispuși să atingă PSA nedetectabil cu ARPI + ADT comparativ cu PBO + ADT.^{7A}

** Datele au fost obținute din Registrul Cancerului din Alberta.

ADT, terapie de deprivare androgenică; ARPI, inhibitor al căii receptorului androgenic; PBO, placebo; PSA, antigen specific prostatei; 1L, prima linie; 2L, a doua linie; 3L, a treia linie; mCPSH, cancer de prostată metastatic sensibil la terapia hormonală.

Referințe: 1. Living Interactive Systematic Reviews. PFS Forest Plot. Available at: <https://mcspc.living-evidence.com/>. Last accessed: August 2025; 2. Grande E, et al. Cancer Treat Rev 2025;134:102900; 3. Living Interactive Systematic Reviews. OS Forest Plot. Available at: <https://mcspc.living-evidence.com/>. Last accessed: August 2025; 4. Raval AD et al. Presented at ASCO GU 2025, 99; 5. Fernandez Rodriguez R et al. ESMO 2024;6:100063. 6. Karim S, et al. Curr Oncol 2023;30:8149–8158. 7. Stenzl A, et al. Presented at EAU 2022, 1–4 July 2022, Amsterdam, Netherlands, Abstract A0517; 8. Chowdury S, et al. Ann Oncol 2023;34:477–485; 9. Armstrong AJ, et al. Eur Urol 2020;78:347–357; 10. Scher H, et al. N Engl J Med 2012;367:1187–1197; 11. Lipinski KA, et al. Trends Cancer 2016;2:49–63.

Pentru informații complete de prescriere vă rugăm consultați Rezumatul caracteristicilor produsului, Xtandi 40 mg (enzalutamidă) comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Informații suplimentare se pot obține la <http://www.astellas.com> și la S.C. Astellas Pharma S.R.L., One United Tower, Calea Floreasca, Nr. 165, Sector 1, București, tel: 0213610495 și fax: 0213610496. Pentru raportarea evenimentelor adverse contactați reprezentanța locală la tel: 0213610492 și farmacovigilenta.ro@astellas.com. Pentru informații medicale suplimentare, vă rugăm adresați-vă la medinfo.est-m@astellas.com.

Data pregătirii materialului: aprilie 2026
Data expirării materialului: iulie 2026
MAT-RO-XTD-2026-00114

Scanati codul QR
pentru RCP Xtandi





Sala Experience 2

09.00 – 11.00 Imunoterapia în oncoginecologie: biomarkeri, combinații terapeutice și noile standarde clinice

Moderatori: Prof. Dr. Cornelia Nițipir, Dr. Radu Dragomir

1. Fundamente noi în era oncoginecologiei - „De ce imunoterapia schimbă paradigma terapeutică?”

09.00 – 09.15 Biomarkerii care decid tratamentul în 2026: dincolo de PD-L1 (Prof. Dr. Ovidiu Pop)

09.15 – 09.45 Simpozion MSD

2. Cancerul Endometrial: IMUNOTERAPIA DEVINE STANDARD - „De la studii clinice la practica în România”

O nouă opțiune terapeutică în prima linie a cancerului endometrial avansat (Dr. Oana Trifănescu & Dr. Radu Dragomir)

09.45 – 10.25 Simpozion AstraZeneca

De la biomarker la beneficiu: Rolul testării MMR în era imunoterapiei cancerului endometrial (Prof. Dr. Ovidiu Pop, Dr. Claudia Aldea)

De la testarea BRCA la controlul pe termen lung al bolii: optimizarea tratamentului de menținere cu PARPi în cancerul ovarian (Prof. Dr. Ovidiu Pop, Dr. Claudia Aldea)

10.25 – 10.40 Toxicitățile imunologice în oncoginecologie: management practic pentru clinicieni (Prof. Dr. Cornelia Nițipir)

10.40 – 10.55 Ce urmează după checkpoint inhibitors? ADC-uri, CLDN6 și noile frontiere terapeutice (Dr. Silvana Adelina Gheorghe)

10.55 – 11.00 Care va fi următoarea mare schimbare în oncoginecologie? - Concluzii, Q&A

11:00 – 11:30 Coffee break

11:30 – 13:00 Cancerul de prostată - Călătoria pacientului cu cancer de prostată metastatic
Moderatori: Dr. Szilard Bereczki, Dr. Ramona Matei

11:30 – 12:00 Simpozion Astellas

Personalizarea tratamentului în cancerul de prostată metastatic: echilibrul dintre beneficii, toxicitate și calitatea vieții

(Conf. Dr. Teodora Alexa Stratulat & Prof. Dr. Șerban Negru)

12.00 – 12.20 Simpozion Johnson & Johnson

Erleada - eficacitate indiferent de povara tumorală. Intensificarea tratamentului în mHSPC – mai mult înseamnă întotdeauna mai bine? (Dr. Sorin Săftescu)

12.20 – 12.40 Tripla terapie în mHSPC: cum alegem pacientul potrivit (Dr. Angelo Anater & Dr. Dan Costăchescu) Moderator: Dr. Daniela Nagy

Prezentare susținută cu ajutorul Bayer

Acționați acum cu XTANDI™ pentru pacienții cu mCPSH

Studiul de fază III ARCHES* a stabilit valoarea
adăugării **XTANDI** la tratamentul cu ADT la bărbații cu
mCPSH:^{1,2}

**reducerea cu
61%**

a riscului de progresie
radiologică sau deces
comparativ cu ADT în
monoterapie¹

**reducerea cu
34%**

a riscului de deces
comparativ cu ADT
în monoterapie^{1,2}



Calitatea vieții s-a **menținut** pe toată durata tratamentului și
a fost **comparabilă** cu brațul de control¹

Proporția de evenimente adverse de orice grad sau
Grad ≥ 3 și de evenimente adverse care au dus la
întreruperea tratamentului a fost **comparabilă** cu cea
din brațul de control^{1,2}

Xtandi™
enzalutamidă

*ARCHES a fost un studiu de fază III multinațional, randomizat, dublu-orb, controlat placebo care a comparat eficacitatea și profilul de siguranță pentru XTANDI + ADT vs placebo + ADT la 1150 de bărbați cu mCPSH. Obiectivul primar a fost rPFS, iar SG a fost unul dintre obiectivele secundare.^{1,2}

¹ Aceste date sunt din analiza finală a studiului ARCHES (data limită de colectare a datelor este 28 mai 2021). În urma analizei primare, studiul a fost deschis pentru a permite pacienților care primeau placebo + ADT să treacă la XTANDI + ADT într-o extensie deschisă a studiului.²

ADT = terapie de deprivare androgenică; mCPSH = cancer de prostată metastatic sensibil la terapia hormonală; SG = supraviețuire globală; rPFS = supraviețuirea în absența progresiei radiologice.

Referințe:

1. Armstrong AJ et al. J Clin Oncol 2019;**37**(32):2974-2986. 2. Armstrong AJ et al. J Clin Oncol 2022;**40**(15):1616-1622.

Pentru informații complete de prescriere vă rugăm consultați Rezumatul caracteristicilor produsului. Xtandi 40 mg (enzalutamidă) comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Informații suplimentare se pot obține la <http://www.astellas.com> și la S.C. Astellas Pharma S.R.L., One United Tower, Calea Floreasca, Nr. 165, Sector 1, București, tel: 0213610495 și fax: 0213610496. Pentru raportarea evenimentelor adverse contactați reprezentanța locală la tel: 0213610492 și farmacovigilenta.ro@astellas.com. Pentru informații medicale suplimentare, vă rugăm adresați-vă la medinfo.est-m@astellas.com.



Data pregătirii materialului: Aprilie 2026
Data expirării materialului: Iulie 2026
MAT-RO-XTD-2026-00114

Scanați codul
QR pentru
RCP Xtandi





Cât cântărește decizia de a începe tratamentul cu XTANDI™ în mCPSH?

ENZAMET*

Follow-up OS la 8 ani pentru
XTANDI™ în mCPSH¹

XTANDI™ + ADT vs SoC + ADT

La 8 ani după follow-up pacienții cu
mCPSH au 2,2 ani de viață în plus¹

RR: 0,73 (95% II, 0,63-0,86) p=0,0001

+2,2
ani



**Inițierea precoce a tratamentului cu XTANDI™ în boala
avansată poate prelungi perioada în care pacienții își
mențin o viață activă și independentă, prin control
susținut al bolii și întârzierea progresiei¹**

**88% din pacienții rămași pe tratament iau doza
întreagă de XTANDI™ la 8 ani de follow-up¹***

1: Zhang AY et al. Poster based on Abstract ID 5090. Presented at: American Society of Clinical Oncology, 2025. https://doi.org/10.1200/JCO.2025.43.16_suppl.5090; * Populația totală de pacienți din ENZAMET a inclus atât pacienții care au primit, cât și pe cei care nu au primit docetaxel concomitent, iar eficacitatea și siguranța XTANDI™ în asociere cu docetaxel nu sunt stabilite. Studiul ENZAMET nu a fost conceput și nici nu a avut puterea statistică necesară pentru a analiza rezultatele privind supraviețuirea globală în subgrupuri individuale. Prin urmare, nu se poate stabili o îmbunătățire a supraviețuirii globale în niciun subgrup, inclusiv la pacienții cu mCPSH care iau XTANDI + terapie ADT singură sau cu/fără docetaxel concomitent.

mCPSH – cancer de prostată metastazat sensibil la terapie hormonală; OS – supraviețuire generală; ADT – terapie de deprivare androgenică; SoC – standard de îngrijire; RR – raportul riscului; II – interval de încredere

Pentru informații complete de prescriere vă rugăm consultați Rezumatul caracteristicilor produsului. Xtandi 40 mg (enzalutamidă) comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Informații suplimentare se pot obține la <http://www.astellas.com> și la S.C. Astellas Pharma S.R.L., One United Tower, Calea Floreasca, Nr. 165, Sector 1, București, tel: 0213610495 și fax: 0213610496. Pentru raportarea evenimentelor adverse contactați reprezentanța locală la tel: 0213610492 și farmacovigilanta.ro@astellas.com. Pentru informații medicale suplimentare, vă rugăm adresați-vă la medinfo.est-m@astellas.com.



Data pregătirii materialului: aprilie 2026
Data expirării materialului: iulie 2026
MAT-RO-XTD-2026-00114

Scanati codul
QR pentru
RCP Xtandi





PREGĂTITĂ

PENTRU CĂLĂTORIA VIEȚII EI.

NU PENTRU PROGRESIE

În MBC HR+, HER2-

**La 8 ani de urmărire,
Verzenios® + IA a
demonstrat un
control susținut al
progresiei bolii¹**



Indicație:¹

Verzenios® este un inhibitor CDK4/6 indicat în:¹

Cancer mamar incipient

- în asociere cu terapia endocrină în tratamentul adjuvant al pacienților adulți cu cancer mamar incipient HR+, HER2- și ganglioni limfatici pozitivi, care prezintă risc crescut de recidivă;
- La femeile aflate în pre- sau perimenopauză, terapia endocrină cu inhibitor de aromatază trebuie asociată cu un agonist al hormonului de eliberare a hormonului luteinizant (LHRH).

Cancer mamar avansat sau metastizat

- în tratamentul femeilor cu cancer mamar metastizat sau local avansat HR+, HER2-, în asociere cu un inhibitor de aromatază sau fulvestrant ca tratament hormonal inițial sau la femei cărora li s-a administrat anterior tratament hormonal;
- La femeile aflate în pre- sau perimenopauză, terapia endocrină trebuie asociată cu un agonist al LHRH.

Referințe: 1. Rezumatul caracteristicilor produsului Verzenios, ultima versiune revizuită; 2. Goetz MP, et al. Annals of Oncology. 2024;35(8):718-727. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2024.04.013>; 3. Sledge GW Jr, Toi M, Neven P, Sohn J, Inoue K, Pivot X, et al. JAMA Oncology. 2020;6(1):116-124. <https://doi.org/10.1001/jamaonco.2019.4782>; 4. Johnston S, Martin M, Di Leo A, Im SA, Awada A, Forrester T, et al. NPJ Breast Cancer. 2019;5:5. <https://doi.org/10.1038/s41523-018-0097-z>; 5. Rastogi P, O'Shaughnessy J, Martin M, Boyle F, Cortes J, Rugo HS, et al. Journal of Clinical Oncology. 2024;42(9)(1nd Suppl.Mat):987-993. <https://doi.org/10.1200/JCO.23.01994>; 6. Sledge GW Jr, Toi M, Neven P, Sohn J, Inoue K, Pivot X, et al. Available from: <https://doi.org/10.1200/jco.2017.73.7585>; 7. Goetz MP, Toi M, Campone M, Sohn J, Paluch-Shimon S, Huober J, et al. Journal of Clinical Oncology. 2017;35(32):3638-3646. <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2017.75.6155>

12.40 – 12.50 Profilarea moleculară BRCA în cancerul de prostată metastatic: rolul anatomopatologului în practica clinică (Prof. Dr. Ovidiu Pop)

Prezentare susținută cu ajutorul Resident Laboratory

12.50 – 13.05 mCRPC cu mutație BRCA: de la biomarker la alegerea terapiei țintite (Dr. Szilard Bereczki)

Prezentare susținută cu ajutorul Johnson & Johnson

13.05 – 14.00 Prânz

14.00 – 16.00 **Prima linie în carcinomul urotelial metastatic: standard universal sau tratament personalizat?**

Moderatori: Dr. Daniela Nagy, Dr. Angelo Anater

14.00 – 14.30 Profilul pacientului pentru combinația Enfortumab Vedotin și Pembrolizumab: criterii de selecție și beneficii clinice (Dr. Răzvan Curcă, Dr. Daniela Nagy)

Prezentare susținută cu ajutorul Astellas

14.30 – 15.00 Simpozion Merck

Eficacitatea Bavencio pentru pacienții cu carcinom urotelial în practica reală (Dr. Adina Nemeș, Dr. Angelo Anater)

15.00 – 15.30 Biomarkerii moleculari: noua busolă terapeutică în carcinomul urotelial metastatic (Dr. Maria Barbu, Dr. Amedeia Niță)

15.30 – 16.00 Provocări actuale în managementul carcinoamelor uroteliale metastatice. Să întrebăm experții

16.00 – 16.30 Coffee break

16.30 – 18.00 **Cancerul Renal**

Moderatori: Conf. Dr. Teodora Alexa Stratulat, Dr. Maria Barbu

16.30 – 17.00 Simpozion MSD

KEYTRUDA în RCC: de la adjuvanță la prima linie, între riscul de recurență și boală metastatică (Dr. Amedeia Niță, Dr. Daniela Nagy)

17.00 – 17.30 Mai mult înseamnă mai bine? Rolul dubletelor versus monoterapie în carcinomul renal metastatic cu celule clare (Dr. Mihai Marinca, Dr. Ramona Matei)

Prezentare susținută cu ajutorul Ipsen

17.30 – 18.00 Provocări actuale în managementul carcinoamelor renale. Să întrebăm experții



Sâmbătă, 20 iunie

Sala Experience 1

09.00 – 11.00 Adevăruri biblice oglindite în practica oncologică
(Dr. Mircea Dediu, Dr. Răzvan Curcă, Prof. Dr. Șerban Negru)

11.00 – 11.30 Coffee break

11.30 – 13.00 Modularea tratamentului în cancerul mamar incipient – continuumul dezescaladare/escaladare
Moderator: Dr. Vlad Lupu

11.30 – 11.40 Perspectiva chirurgului în tratamentul tumorilor mamare luminale incipiente
(Dr. Andrei Mărginean)

11.40 – 11.50 Perspectiva radioterapeutului în tratamentul tumorilor mamare luminale incipiente
(Dr. Ștefănel Vlad)

11.50 – 12.00 Perspectiva oncologului în tratamentul tumorilor mamare luminale incipiente
(Dr. Sorela Barbu)

12.00 – 13.00 Simpozion Lilly

From Evidence to Excellence: Optimizing Clinical Outcome in HR+, HER2-, Node-Positive, High-Risk eBC and mBC
(Prof. Dr. Carmine de Angelis, Prof. Dr. Șerban Negru, Moderator: Dr. Cristina Oprean)

13.00 – 14.00 Working lunch – Eli Lilly

Verzenios talk: Meet the Experts session (Prof. Dr. Carmine de Angelis, Dr. Nicoleta Antone, Dr. Miruna Grecea)

14.00 – 16.00 De la viața reală la trialuri clinice în desfășurare în cancerul mamar

Moderator: Dr. Cristina Oprean

14.00 – 14.15 Perspectivile de viitor în tratamentul neoadjuvant al neoplasmelor mamare HER2+ și TNBC (Conf. Dr. Simona Volovăț)

14.15 – 14.45 Simpozion Novartis

Kisqali în HR+/HER2- eBC: de la NATALEE la practica clinică prin redefinirea riscului înalt de recidivă (Dr. Sorela Barbu, Dr. Vlad Lupu)

14.45 – 15.45 Simpozion AstraZeneca

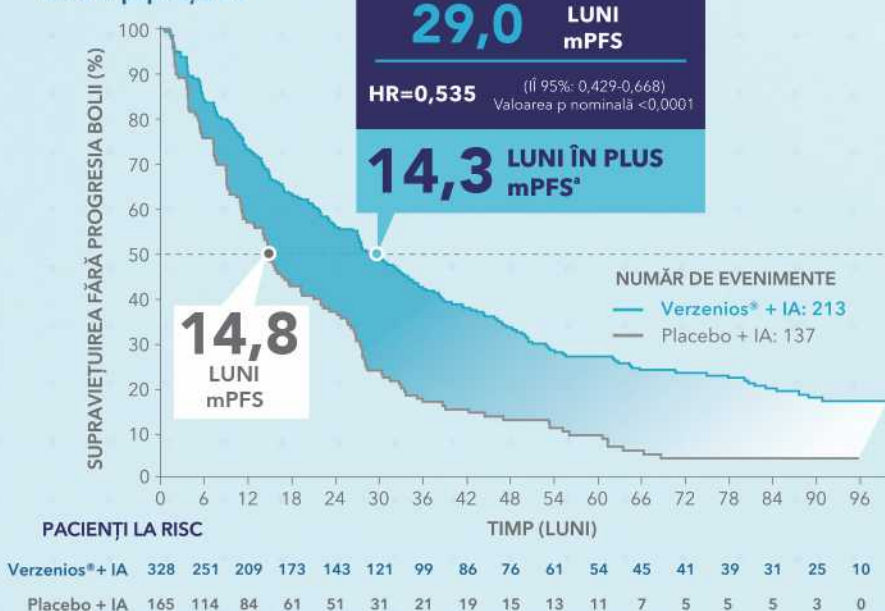
HER2, dincolo de pozitiv sau negativ. Valoarea testării pe întregul spectru și implicațiile clinice actuale în cancerul mamar metastatic
(Prof. Dr. Ovidiu Pop, Dr. Vlad Lupu, Dr. Sorela Barbu)

15.45 – 16.00 What's next for HER2-positive disease? (Dr. Gorana Matovina Brko)

Rezultatele studiului MONARCH 3 evidențiază beneficiile tratamentului cu Verzenios® + IA²

46,5% reducere a riscului de progresie a bolii sau deces²

mPFS în populația ITT²



Alegeți Verzenios® la pacientele cu MBC HR+, HER2- pentru un viitor plin de oportunități²⁻⁶

*Diferența în ceea ce privește supraviețuirea mediană fără progresia bolii poate varia din cauza rotunjirii. Studiul MONARCH 3 a înrolat o populație cu sensibilitate endocrină.^{4,7}

Abrevieri: CDK4/6, cyclin-dependent kinase 4 and 6 (kinaza 4 și 6 dependentă de ciclină); HER2-, human epidermal growth factor receptor 2-negative (receptor al factorului de creștere epidermal uman 2 negativ); HR+, hormone receptor positive (status pozitiv pentru receptori hormonal); HR, hazard ratio; IA, inhibitor de aromatază; ÎI, interval de încredere; ITT, intenție de tratament; LHRH, luteinizing hormone-releasing hormone (hormonul de eliberare a hormonului luteinizant); MBC, metastatic breast cancer (cancer mamar metastatic); mPFS, median progression-free survival (supraviețuirea mediană fără progresia bolii); PFS, progression-free survival (supraviețuire fără progresia bolii).

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. © 2026 Eli Lilly and Company. Toate drepturile rezervate.



Pentru informații complete de prescriere, vă rugăm să citiți Rezumatul caracteristicilor produsului Verzenios®, ultima versiune revizuită, scanând codul QR alăturat sau accesând link-ul: https://www.ema.europa.eu/ro/documents/product-information/verzenios-epar-product-information_ro.pdf

CMAT-22903/iunie 2026

zilnic
Verzenios
abemaciclib
de 2 ori pe zi

A Lilly Medicine



PREGĂTITĂ
SĂ ÎȘI TRANSFORME
CASA ÎN ACASĂ
FĂRĂ RECIDIVĂ

zile
Verzenios
abemaciclib
de 2 ori pe zi
A Lilly Medicine

În EBC HR+, HER2-, cu risc crescut^a și ganglioni limfatici pozitivi

Alegeți Verzenios® pentru un viitor plin de oportunități

1

**≥ 1 ganglion limfatic pozitiv și
caracteristici de risc crescut**

Indicat pentru pacienți cu:

- 1-3 ganglioni limfatici pozitivi și ≥ 1 dintre următoarele: tumoră de grad 3, tumoră ≥ 5 cm
- ≥ 4 ganglioni limfatici pozitivi

2

**2 ani de tratament cu Verzenios® oferă
7 ani de beneficii susținute**

- Beneficii dovedite^b în privința supraviețuirii generale și 16,5% reducere a riscului de deces¹
- Beneficii susținute în privința IDFS și DRFS la 7 ani¹
- Cea mai lungă perioadă de urmărire raportată vreodată pentru un inhibitor CDK4/6 în EBC^{1,2}

3

3 concentrații disponibile

- Verzenios® este disponibil în 3 concentrații (50 mg, 100 mg și 150 mg), cu posibilitatea reducerii dozei fără afectarea eficacității^{3,4}
- Verzenios® a demonstrat un profil de siguranță favorabil, iar EA au fost în general reversibile^{3,4}

Indicație EBC³

Verzenios® este un inhibitor CDK4/6 indicat în:

- Cancer mamar incipient în asociere cu tratament hormonal în tratamentul adjuvant al pacienților adulți cu cancer mamar incipient HR+, HER2- și ganglioni limfatici pozitivi, care prezintă risc crescut de recidivă
- La femeile aflate în pre- sau perimenopauză, tratamentul hormonal cu inhibitor de aromatază trebuie asociat cu un agonist al hormonului de eliberare a hormonului luteinizant (LHRH)



16.00 – 16.30 Coffee break

16.30 – 18.00 Reconfigurarea paradigmelor terapeutice viitoare în cancerul mamar: major sau incremental?

Moderator: Dr. Sorela Barbu

16.30 – 16.45 Simpozion educațional Novartis

Cancerul mamar HR+ HER2-: noi perspective asupra abordărilor terapeutice
(Dr. Cristina Oprean)

16.45 – 17.15 Simpozion educațional Gilead

Sacituzumab Govitecan: Dovezi actuale și perspective clinice (Dr. Cristina Oprean & Prof. Dr. Lazar Popovic)

17.15 – 17.30 Horoscopul de viitor în tratamentul neoplasmului mamar HR+/HER2- (Dr. Vlad Lupu)

17.30 – 17.45 Simpozion Pfizer

Ibrance: de la evidență la experiență (Dr. Cristina Oprean)

17.45 – 18.00 Extinderea posibilităților – trialuri clinice în desfășurare în Centrul de Oncologie OncoHelp (Dr. Sorela Barbu, Dr. Cristina Oprean, Dr. Vlad Lupu)

Sala Experience 2

09.00 – 11.00 HCC și imunoterapia: succese, limitări și întrebări fără răspuns

Moderatori: Prof. Dr. Călin Căinap, Conf. Dr. Dorel Popovici

09.00 – 09.30 Peisajul IO în HCC: de la epidemiologie la cele 3 opțiuni în 1L (Prof. Dr. Călin Căinap)

09.30 – 09.50 Simpozion Roche

Tecentiq+Bevacizumab - Standardul de tratament în uHCC (Dr. Radu Vidra)

09.50 – 10.10 Simpozion BMS

Paradigma actuală în tratamentul 1L HCC: integrarea ghidurilor și a dovezilor clinice
(Dr. Ioana Luca)

10.10 – 10.30 Simpozion AstraZeneca

Studiul Himalaya: Regimul STRIDE redefinesc speranța de viață în hepatocarcinom
(Dr. Tudor Boloș)

10.30 – 10.40 Simpozion Ipsen

HCC post IO conform strategiei moderne BCLC (Conf. Dr. Dorel Popovici)

10.40 – 11.00 Final remarks

11:00 – 11.30 Coffee break

PREGĂTITĂ

SĂ ÎȘI TRANSFORME
CASA ÎN ACASĂ
FĂRĂ RECIDIVĂ



În EBC HR+, HER2- cu risc crescut^a și ganglioni limfatici pozitivi

O perioadă de tratament de 2 ani cu Verzenios®
oferă 7 ani de beneficii susținute în privința IDFS^{1a}





11.30 – 13.00 **Cancere digestive**
Moderator: Conf. Dr. Dorel Popovici

11.30 – 11.50 **Simpozion Swixx**

Pemazayre – o nouă terapie țintită în colangiocarcinomul hepatic (Dr. Rareș Vasluianu)

11.50 – 12.05 **Simpozion AstraZeneca**

Imfinzi+gem-cis: Primul și singurul regim bazat pe IO cu date OS la 4 ani în BTC avansat (Dr. Endre Mate)

12.05 – 12.20 **Simpozion Merck**

Noi repere în cancerul de colon metastatic BRAF mutant (Dr. Anca Voiculescu)

12.20 – 12.40 **Simpozion Amgen**

Vectibix în tratamentul cancerului de colon metastatic, în primă linie de tratament –
Discuții și controverse (Conf. Dr. Dorel Popovici & Dr. Răzvan Curcă)

12.40 – 13.00 **Simpozion BMS**

Imunoterapia ca standard de tratament pentru 1L CRC dMMR/MSI-H (Dr. Nelly Cherciu)

13.00 – 14.00 **Prânz**

14.00 – 14.15 **Simpozion Genesis Pharma**

Ripretinib – Un TKI inovator cu control în GIST avansat (Dr. Niculin-Ioana Luca)

14.15 – 16.00 **Excelență în oncologie: de la colaborarea multidisciplinară la supraspecializare**

14.15 – 15.15 **Managementul multidisciplinar al pacientului cu cancer bronhopulmonar**

Sesiune susținută cu ajutorul MSD

- De la colaborarea multidisciplinară la echipe dedicate pe patologii: construirea unui model modern de îngrijire oncologică (Prof. Dr. Șerban Negru)
- Principii moderne în alegerea strategiei în cancerul bronhopulmonar localizat (Dr. Vlad Vornicu)
- Definirea rezecabilității în managementul cancerului bronhopulmonar localizat (Dr. Tudor Mateescu)

15.15 – 16.00 **Supraspecializarea în oncologie: de ce avem nevoie de echipe dedicate?**

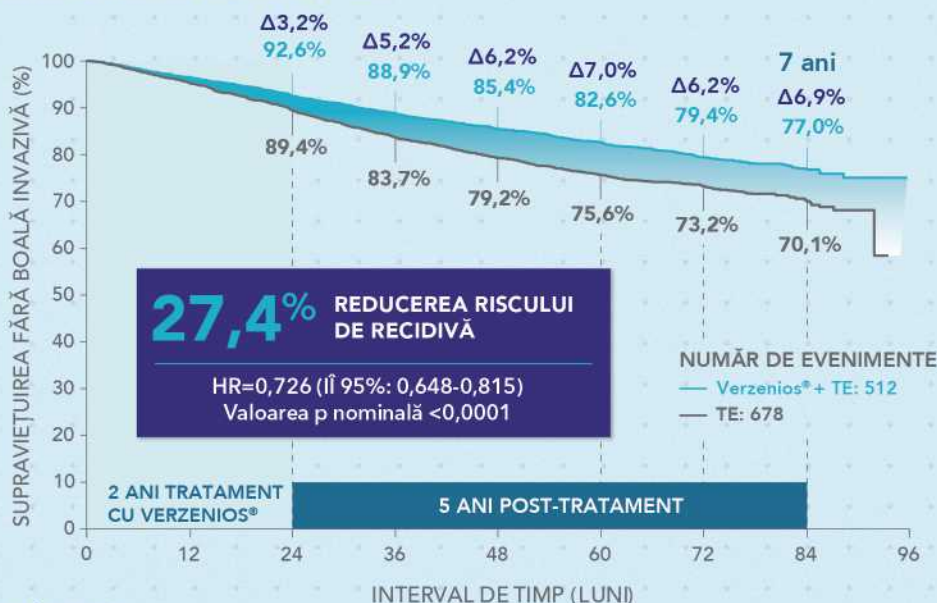
Moderator: Prof. Dr. Șerban Negru

Echipe dedicate pe patologii:

- Echipa de tumori toracice - Dr. Daniela Sîrbu
- Echipa de tumori digestive - Conf. Dr. Dorel Popovici
- Echipa de tumori urologice - Dr. Daniela Nagy
- Echipa de tumori ginecologice - Dr. Radu Dragomir
- Echipa de tumori mamare - Dr. Cristina Oprean
- Tumorile rare – focus pe sarcoame - Dr. Sorela Barbu
- Integrarea studiilor clinice în practica oncologică curentă - Dr. Endre Mate
- Sesiune de întrebări, răspunsuri și discuții cu panelul

16.00 – 16.30 **Coffee break**

Beneficiu privind IDFS la 7 ani¹



NUMĂR LA RISC

Verzenio® + TE	2555	2322	2188	2068	1966	1863	1609	368	0
TE	2565	2328	2143	1977	1851	1730	1485	362	0

Alegeți Verzenio® la pacientele cu EBC HR+, HER2- cu ganglioni limfatici pozitivi și factori de risc^a, pentru un viitor plin de oportunități^{1,3,5}

^aVerzenio® în asociere cu TE este indicat în tratamentul adjuvant al pacienților adulți cu EBC HR+, HER2- și ganglioni limfatici pozitivi, care prezintă risc crescut de recidivă. EBC cu risc crescut în Cohorta 1 a fost definit astfel: pacienți care au prezentat ≥4 ganglioni limfatici pozitivi sau 1-3 ganglioni limfatici pozitivi și tumoră ≥5 cm, grad histologic 3 sau ambele.³

^bA fost observat un beneficiu semnificativ statistic în privința OS la nivelul populației ITT. În urma consultării cu autoritățile de reglementare la analiza primară a IDFS, planul de analiză a OS a fost modificat pentru a crește numărul final de evenimente de la 390 la 650, pentru a asigura o perioadă de urmărire de ≥5 ani. Verzenio® este aprobat pentru Cohorta 1 (91% din populația ITT); analiza OS în această subpopulație nu a avut putere statistică și nu a fost controlată pentru erorile de tip alfa.^{3,5}

Abrevieri: CDK4/6, cyclin-dependent kinase 4 and 6 (kinaza 4 și 6 dependentă de ciclina); DRFS: distant relapse-free survival (supraviețuire fără recidivă la distanță); EA: eveniment advers; EBC, early breast cancer (cancer mamar incipient); HER2-, human epidermal growth factor receptor 2-negative (receptor al factorului de creștere epidermal uman 2 negativ); HR+, hormone receptor positive (status pozitiv pentru receptori hormonal); HR, hazard ratio; IA, inhibitor de aromatază; IDFS, invasive disease-free survival (supraviețuire fără boală invazivă); Î, interval de încredere; ITT: intenție de tratament; LHRH: luteinizing hormone-releasing hormone (hormonul de eliberare a hormonului luteinizant); OS: overall survival (supraviețuire generală); TE, terapie endocrină.

Referințe: 1. Johnston S et al. Ann Oncol. 2025;36(25):2549-2558. 2. Crown J et al. ESMO Open. 2025;10(11):105858. 3. Rezumatul caracteristicilor produsului Verzenio, ultima versiune revizuită. 4. Goetz MP et al. NPJ Breast Cancer. 2024;10(1):34. 5. Rastogi P et al. J Clin Oncol. 2024;42(9):987-993.

Pentru informații complete de prescriere, vă rugăm să citiți Rezumatul caracteristicilor produsului Verzenio®, ultima versiune revizuită; scanând codul QR alăturat sau accesând link-ul: https://www.ema.europa.eu/ro/documents/product-information/verzenio-epar-product-information_ro.pdf



Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
 © 2026 Eli Lilly and Company.
 Toate drepturile rezervate.

CMAT-33195/iunie 2026

A Key to Advancing Care Across Women`s Cancers



Pentru a vizualiza RCP
scanezi codul QR



KEYTRUDA®
(pembrolizumab) 25 mg/ml concentrat
pentru soluție perfuzabilă

Imaginația alăturată este purtătoare de ficțiune.
Imaginația conține conținut generat cu ajutorul inteligenței artificiale (AI).

1. KEYTRUDA® 25 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă, este menționat ca caracteristică de produsului, data revizuirii 10/2024/02/26.

Acest material promțional este destinat profesionistilor din domeniul sănătății. Acest medicament se eliberează pe baza de prescripție medicală PR. Înainte de a prescrie KEYTRUDA®, vă rugăm consultați Rezumatul caracteristicilor produsului. Pentru a raporta reacții adverse, reclamații de calitate sau pentru a solicita informații medicale legate de produsele MSD, vă rugăm turnați solicitarea la e-mail: tpoc.romania@msd.com.



Merck Sharp & Dohme Romania SRL

Bulevardul Poligrafiei nr. 1A
Ana Tower, etaj 5, cod poștal 013704
Sector 1, București, România
Tel: +4 021 529 29 00

RO CER-00058 04/2026

Copyright ©2026 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ,
SUA și afiliații săi. Toate drepturile rezervate.

CHEIA MAI MULTOR POSIBILITĂȚI PENTRU PACIENȚII CU TNBC

COMPENSAT ÎN ROMÂNIA^{2,3}

KEYTRUDA® primul și singurul anti-PD-1 indicat la adulți în tratamentul TNBC local avansat sau în stadiu incipient, cu risc înalt de recurență, în asociere cu chimioterapie ca tratament neoadjuvant, iar apoi continuat în monoterapie ca tratament adjuvant după intervenția chirurgicală.^{1,2,3}

KEYTRUDA® este indicat în asociere cu chimioterapie pentru tratamentul cancerului mamar triplu negativ local recurent nerezecabil sau metastatic, la adulți ale căror tumori exprimă PD-L1 cu un CPS ≥ 10 și cărora nu li s-a administrat anterior chimioterapie pentru boala metastatică.^{1,2,3}

Abrevieri: CPS, combined positive score (scor combinat pozitiv); PD-L1, programmed death ligand 1 (ligandul 1 al apoptozei); TNBC, triple-negative breast cancer (cancer mamar triplu negativ).

Referințe: 1. Rezumatul caracteristicilor produsului, data revizuirii 30 martie 2026. 2. ORDIN nr. 728/1371 din 18 august 2025 privind modificarea și completarea anexelor nr. 1 și 2 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021. 3. Ordinul nr. 1431/2025 publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 877 din 25 septembrie 2025

Pentru a raporta evenimente adverse, transmite reclamații de calitate sau solicita informații medicale legate de produsele MSD, vă rugăm să ne scrieți la adresa de e-mail dpoc.romania@msd.com. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PR. Înainte de a prescrie KEYTRUDA®, vă rugăm să consultați Rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil prin scanarea codului QR alăturat.

RO-OBR-00157 10/2025

Copyright ©2026 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, SUA și filiații săi. Toate drepturile rezervate.

Pentru a vizualiza RCP,
scanați codul QR



Merck Sharp & Dohme Romania SRL

Bulevardul Poligrafiei nr. 1A
Ana Tower, etaj 5, cod postal 013704
Sector 1, București, România
Tel: +4 021 529 29 00



16.30 – 18.00 Cap și Gât

Moderator: Dr. Alexandra Kovacs

- 16.30 – 16.50 Imunoterapia perioperatorie în cancerul local avansat al capului și gâtului: progrese, provocări și perspective viitoare (Dr. Alexandra Kovacs)
- 16.50 – 17.10 Stereotaxia în cancerule ORL (Dr. Daniela Sandu)
- 17.10 – 17.40 Controverse legate de metastazele laterocervicale (Prof. Dr. Nicolae Balica)
- 17.40 – 18.00 Peisajul terapeutic în tratamentul cancerelor de cap și gât recurente/metastatice – dincolo de inhibitorii punctelor de control imun (Dr. Raluca Pătru)

Sala Roma

Noi frontiere în radioterapie: SBRT și reiradierea în era tratamentului multimodal

09.00 – 11.00 Sesiunea 1 - Moderator: Dr. Ștefănel Vlad

- 09.00 – 09.15 Managementul multimodal în era imunooncologiei- integrarea radioterapiei (Dr. Ileana Spataru, Dr. Elea Ciocea)
- 09.15 – 09.30 Secvențierea stereotaxiei cu agenții sistemici țintiți/imunoterapia: Cronomecanica toxicității (Dr. Alexandru Țîpcu)
- 09.30 – 09.45 Radioterapia în cancerul pulmonar în era terapiilor sistemice moderne: combinații, imuno-radioterapie și toxicități (Dr. Monica Buzemurga)
- 09.45 – 10.00 Integrarea pembrolizumabului în tratamentul cancerului de col uterin local avansat: perspectiva KEYNOTE-A18 (Dr. Timea Kirsch)
- 10.00 – 10.15 Radioterapia în cancerul de sân în România: indicații, tehnici și fracționare. Rezultatele unui sondaj național (Dr. Alexandra Cîrstea, Dr. Iman Mologani)
- 10.15 – 11.00 Deconstructing concomitant treatment: OLIGOMA Phase III trial (Moderator Dr. Daniela Sandu + speakeri)

11.00 – 11.30 Coffee break

11.30 – 13.00 Sesiunea 2 - Moderator: Dr. Alexandru Țîpcu

- 11.30 – 11.45 Reiradierea în cancerule ORL recurente: selecția pacientului, tehnici utilizate și limitări (Dr. Renata Zahu)
- 11.45 – 12.00 Reiradierea în cancerule ginecologice: brahiterapie, SBRT și radioterapie convențională (Dr. Tiberiu Popescu)
- 12.00 – 12.15 Reiradierea paliativă: între beneficiu simptomatic, toxicitate cumulativă și selecția atentă a pacienților (Dr. Horia Lișcu)
- 12.15 – 12.30 Reiradierea în practica clinică: indicații, provocări și lecții din experiența Sp. Județean Galați (Prof. Dr. Laura Rebegea)
- 12.30 – 13.00 Deconstructing reirradiation: trial (Moderator Dr. Ana Dulan + speakeri)

13.00 – 14.00 Prânz



OFERIȚI PACIENȚILOR CU MELANOM ȘANSA MAI MULȚOR ZILE DE MÂINE¹



KEYTRUDA®
(pembrolizumab) 25 mg/ml concentrat
pentru soluție perfuzabilă

KEYTRUDA este indicat în monoterapie pentru tratamentul melanomului la pacienții adulți și adolescenți cu vârsta de 12 ani și peste

Monoterapie pentru tratamentul adulților și adolescenților cu vârsta de 12 ani și peste, cu melanom avansat (nerezecabil sau metastatic).
Monoterapie pentru tratamentul adjuvant al adulților și adolescenților cu vârsta de 12 ani și peste, cu melanom stadiul IIB, IIC sau IIC și la care s-a efectuat rezecție completă

Referințe: 1. Rezumatul caracteristicilor produsului KEYTRUDA® (pembrolizumab), data revizuirii 30 martie 2026.

Pentru a raporta evenimente adverse, transmite reclamații de calitate sau solicita informații medicale legate de produsele MSD, vă rugăm să ne scrieți la adresa de e-mail dpoc.romania@msd.com.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PR. Înainte de a prescrie KEYTRUDA®, vă să rugăm consultați Rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil prin scanarea codului QR alăturat.

RO-00C-00061 04/2025

Copyright ©2026 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, SUA și afiliații săi. Toate drepturile rezervate.

Pentru a vizualiza RCP
scanați codul QR



Merck Sharp & Dohme Romania SRL

Bulevardul Poligrafiei nr. 1A
Ana Tower, etaj 5, cod poștal 013704
Sector 1, București, România
Tel: +4 021 529 29 00

KEYTRUDA 25 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă – Informații selectate de siguranță din RCP

Contraindicații: Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare:** Pentru a avea sub control trasabilitatea medicamentelor biologice, numele și numărul lotului medicamentului administrat trebuie înregistrate cu atenție. **Reacții adverse mediate imun:** La pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab au apărut reacții adverse mediate imun, incluzând cazuri severe și letale. Majoritatea reacțiilor adverse mediate imun survenite în timpul tratamentului cu pembrolizumab au fost reversibile și gestionate prin întreruperea tratamentului cu pembrolizumab, administrarea de corticosteroizi și/sau tratament de susținere. Reacțiile adverse mediate imun au apărut și după ultima doză de pembrolizumab. Reacțiile adverse mediate imun care afectează mai mult de un aparat sau sistem pot să apară simultan. În cazul în care se suspectează apariția de reacții adverse mediate imun, trebuie asigurată evaluarea adecvată în vederea confirmării etiologiei sau excluderii altor cauze. În funcție de gradul de severitate a reacției adverse, administrarea de pembrolizumab trebuie amânată și trebuie administrat corticosteroizi. După ameliorarea până la gradul 1, trebuie inițiată întreruperea treptată a corticosteroizilor și continuată timp de cel puțin 1 lună. Pe baza datelor limitate din studiile clinice efectuate la pacienții ale căror reacții adverse mediate imun nu au putut fi controlate cu corticosteroizi, poate fi luată în considerare administrarea altor imunosupresoare sistemice. Administrarea de pembrolizumab poate fi reluată în decurs de 12 săptămâni după ultima doză administrată de KEYTRUDA dacă reacția adversă se ameliorează la gradul ≤ 1 și doza zilnică de corticosteroizi a fost redusă la ≤ 10 mg prednison sau echivalent. Administrarea pembrolizumab trebuie întreruptă definitiv în cazul recurenței oricărei reacții adverse de grad 3, mediată imun, și în cazul oricărei reacții adverse de toxicitate de grad 4, mediată imun, cu excepția endocrinopatiilor controlate prin tratament de substituție hormonală. La pacienții cu boală autoimună (BAI) preexistentă, datele din studiile observaționale sugerează că riscul de reacții adverse mediate imun în urma tratamentului cu un inhibitor al punctului de control imunitar poate fi crescut, comparativ cu riscul la pacienții fără BAI preexistentă. În plus, exacerbările BAI preexistente au fost frecvente, dar majoritatea au fost de intensitate ușoară și abordabile terapeutic. La pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab s-au raportat cazuri de pneumonie. Pacienții trebuie monitorizați pentru depistarea semnelor și simptomelor de pneumonie. Pneumonia suspectată trebuie confirmată prin imagistică radiografică și trebuie exclusă prezența altor cauze. Trebuie administrat corticosteroizi pentru evenimente de gradul ≥ 2 (doză inițială de 1-2 mg/kg și zi prednison sau echivalent, urmată de scădere treptată a acestuia); administrarea pembrolizumab trebuie amânată în cazul pneumoniei de gradul 2 și întreruptă definitiv în cazul pneumoniei de gradul 3, gradul 4 sau pneumoniei de gradul 2 recurente. La pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab s-au raportat cazuri de colită. Pacienții trebuie monitorizați pentru depistarea semnelor și simptomelor de colită și trebuie excluse alte cauze. Trebuie administrat corticosteroizi pentru evenimente de gradul ≥ 2 (doză inițială de 1-2 mg/kg și zi prednison sau echivalent, urmată de scădere treptată a acestuia); administrarea pembrolizumab trebuie amânată în cazul nefritei de gradul 2 și întreruptă definitiv în cazul nefritei de gradul 3 sau gradul 4. La administrarea tratamentului cu pembrolizumab s-a observat cazuri de endocrinopatii severe, inclusiv insuficiență suprarrenală, hipofizită, diabet zaharat tip 1, osteodistrofiă diabetică, hipotirozism și hipertiroidism. În cazul endocrinopatiilor mediate imun poate fi necesar tratament de substituție hormonală pe termen lung. La pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab a fost raportată insuficiență suprarrenală (primară și secundară). La pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab s-au raportat, de asemenea, cazuri de hipofizită. Pacienții trebuie monitorizați pentru depistarea semnelor și simptomelor de insuficiență suprarrenală și hipofizită (inclusiv hipotirozism și) trebuie excluse alte cauze. Pentru tratamentul insuficienței suprarrenală trebuie administrat corticosteroizi și, în funcție de starea clinică, un alt tip de tratament de substituție hormonală. În cazul insuficienței suprarrenală sau hipofizite de gradul 2 trebuie amânată administrarea pembrolizumab până când evenimentul este controlat cu tratament de substituție hormonală. Administrarea pembrolizumab trebuie amânată sau întreruptă în cazul insuficienței suprarrenală sau hipofizite simptomatice de gradele 3 sau 4. Dacă este necesar, continuarea administrării de pembrolizumab poate fi luată în considerare, după întreruperea treptată a corticosteroizilor. Funcția hipofizară și valorile hormonilor hipofizei trebuie monitorizate pentru a asigura tratamentul hormonal de substituție corespunzător. La pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab s-au raportat cazuri de diabet zaharat tip 1, inclusiv osteodistrofiă diabetică. Pacienții trebuie monitorizați pentru depistarea hiperglicemiei sau a altor semne și simptome de diabet zaharat. Pentru tratamentul diabetului zaharat de tip 1 trebuie administrat insulină și trebuie amânată administrarea pembrolizumab în cazurile de diabet zaharat de tip 1 asociat cu hiperglicemie de gradul ≥ 3 sau cu osteodistrofiă, până la obținerea controlului metabolic. La pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab s-au raportat tuburări tiroide, inclusiv hipotirozism, hipertiroidism și tiroidită, care pot surveni în orice moment pe durata tratamentului. Hipotirozismul este raportat mai frecvent la pacienții cu HNSCC care au efectuat anterior radioterapie. Pacienții trebuie monitorizați pentru depistarea modificărilor funcției tiroide (la momentul inițierii tratamentului, periodic pe durata acestuia și la momentul inițierii funcției de evaluare clinică) și a semnelor și simptomelor clinice de tuburări tiroide. Hipotirozismul poate fi gestionat prin tratament de substituție fără întreruperea tratamentului și fără utilizarea corticosteroizilor. Hipertiroidismul poate fi gestionat prin administrarea de tratament simptomatice. În cazurile de hipertiroidism de gradul ≥ 3 administrarea pembrolizumab trebuie amânată până la ameliorarea la gradul ≤ 1. Funcția tiroidiană și valorile hormonilor tiroidei trebuie monitorizate pentru a asigura tratamentul de substituție hormonală corespunzător. Dacă este necesar, la pacienții cu endocrinopatii de gradul 3 sau gradul 4 care s-au ameliorat până la gradul 2 sau mai puțin și care sunt controlate cu tratament de substituție hormonală, în cazul în care este indicat, continuarea administrării pembrolizumab poate fi luată în considerare după întreruperea treptată a corticosteroizilor. În caz contrar, tratamentul trebuie întrerupt. Reacții cutanate severe mediate imun au fost raportate la pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab. Pacienții trebuie monitorizați pentru depistarea reacțiilor cutanate severe suspectate și trebuie excluse alte cauze. În funcție de gradul de severitate a reacției adverse, administrarea pembrolizumab trebuie amânată în cazul reacțiilor cutanate de gradul 3 până la ameliorarea la gradul 1 sau întreruptă definitiv în cazul reacțiilor cutanate de gradul 4 și trebuie administrat corticosteroizi. Au fost raportate cazuri de sindrom Stevens-Johnson (SSJ) și necroliză epidermică toxică (NET), la pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab. În cazul suspensiilor de SSJ sau NET, administrarea pembrolizumab trebuie amânată și pacientul direcționat către o unitate specializată pentru evaluare și tratament. În cazul în care se confirmă apariția SSJ sau NET, administrarea pembrolizumab trebuie întreruptă definitiv. Se recomandă precauții atunci când se ia în considerare utilizarea pembrolizumab la un pacient care a prezentat anterior o reacție adversă cutanată severă sau care a pus viața în pericol, în cazul tratamentului anterior cu alte medicamente imunostimulatoare antineoplazice. **Alte reacții adverse mediate imun:** În plus, următoarele reacții adverse mediate imun, semnificate din punct de vedere clinic, au fost raportate în studiile clinice sau în timpul experienței după punerea pe piață: uveită, arită, miozită, miocardită, pancreatită, sindrom Guillain-Barré, sindrom miastenic, anemie hemolitică, sarcoidoză, encefalită, mielită, vasculită, colangită sclerozantă, gastrită, cistită non-infecțioasă, hipoparatiroidism și pericardită. În funcție de gradul de severitate și tipul reacției adverse, administrarea pembrolizumab trebuie amânată în cazul evenimentelor de gradul 2 sau gradul 3 și trebuie administrat corticosteroizi. Administrarea pembrolizumab poate fi reluată în decurs de 12 săptămâni după ultima doză de KEYTRUDA dacă reacția adversă se ameliorează la gradul ≤ 1 și doza zilnică de corticosteroizi a fost redusă la ≤ 10 mg prednison sau echivalent. Administrarea pembrolizumab trebuie întreruptă definitiv în cazul recurenței oricărei reacții adverse de grad 3, mediată imun și în cazul oricărei reacții adverse de grad 4, mediată imun. În cazul miocarditei, encefalitei sau Sindromului Guillain-Barré de gradele 3 sau 4, administrarea pembrolizumab trebuie întreruptă definitiv. **Rețelul de transplant de organ solid:** Ulterior introducerii pe piață, a fost raportat rețelul de transplant de organ solid la pacienții tratați cu inhibitori al PD-1. Tratamentul cu pembrolizumab poate crește riscul de rețel la primitori de transplant de organ solid. La acești pacienți trebuie analizat beneficiul tratamentului cu pembrolizumab raportat la riscul posibil de rețel de organ. **Complicații ale transplantului alogen de celule stem hematopoietice (TSC allogene):** TSCH alogene după tratamentul cu pembrolizumab: Până când deveni disponibil date suplimentare, o analiză atentă a beneficiilor potențiale ale TSCH și a riscului posibil crescut de complicații asociate transplantului trebuie efectuată pentru fiecare caz în parte. **TSCH alogene înainte tratamentului cu pembrolizumab:** La pacienții cu TSCH alogene în antecedente, a fost raportată apariția BGC acută, inclusiv a cazurilor letale de BGC, după tratamentul cu pembrolizumab. Pacienții care au prezentat BGC după procedura de transplant pot prezenta un risc crescut de apariție a BGC după tratamentul cu pembrolizumab. La pacienții cu TSCH alogene în antecedente, trebuie luat în considerare beneficiul tratamentului cu pembrolizumab comparativ cu riscul posibil de apariție a BGC. Reacții asociate administrării în perfuzie: La pacienții cărora li s-a administrat pembrolizumab s-au raportat reacții adverse severe asociate administrării în perfuzie, inclusiv hipersensibilitate și anafilaxie. În cazul reacțiilor adverse de gradele 3 sau 4 asociate perfuziei, trebuie întreruptă administrarea perfuziei și trebuie întrerupt definitiv tratamentul cu pembrolizumab. Pacienții cu reacții adverse de gradele 1 sau 2 asociate administrării perfuziei pot continua tratamentul cu pembrolizumab în condițiile monitorizării stricte, poate fi luată în considerare administrarea de antipiretice și antihistaminice ca premedicație. **Utilizarea pembrolizumab în asociere cu chimioterapie:** Pembrolizumab administrat în asociere cu chimioterapie trebuie utilizat cu precauție la pacienții cu vârstă ≥ 75 ani, după evaluarea atentă a raportului beneficiu/risc potențial, pentru fiecare pacient în parte. **Precauții specifice afecțiunilor: A se vedea RCP complet.** Excipienți cu efect cunoscut: Acest medicament conține 0,2 mg de polisorbat 80 per fiecare ml de concentrat. Polisorbatul poate determina reacții alergice. **Cardul pacientului:** Preț prescripției KEYTRUDA trebuie să fie familiarizată cu informațiile pentru medic și Ghidurile de abordare terapeutică. Prescripțiile trebuie să discute cu pacientul riscurile tratamentului cu KEYTRUDA. Pacientul va primi cardul pacientului odată cu fiecare prescripție. **Reacții adverse în cazul administrării în monoterapie: Foarte frecvente (≥ 1/10):** anemie, hipotirozism, scădere a apetitului alimentar, cefalee, disnee, tuse, dureri abdominale, greață, vărsături, constipație, prurit, erupție cutanată tranzitorie, dureri musculoscheletale, artralgie, faticabilitate, astenie, edem, pierdere în greutate, **Frecvente (≥ 1/100 și < 1/10):** pneumonie, tromboцитopenie, neutropenie, limfopenie, reacție asociată administrării în perfuzie, hipertiroidism, hiponatremie, hipokalemie, hipocalcemie, insomnie, amețeli, neuropatie periferică, letargie, disgeuzie, xerofalmie, aritmie cardiacă (inclusiv fibrilație atrială), hipertensiune arterială, pneumonie, colită, xerostomie, hepatită, reacții cutanate severe, eritem, dermatită, xerodermie, vitiligo, eczemă, alopecie, dermatită acroestromă, miozită, dureri la nivelul extremităților, arită, simptome asemănătoare gripei, frisoane, creștere a valorii plasmatice a alanin aminotransferazei, creștere a valorii plasmatice a aspartat aminotransferazei, creștere a valorii sanguine a fosfatazei alcaline, hipercalcemie, creștere a valorii sanguine a bilirubinei, creștere a valorii sanguine a creatininei, **mai puțin frecvente (≥ 1/1000 și < 1/100):** leucopenie, trombocitopenie imună, ezofagită, sarcoidoză, insuficiență suprarrenală, hipofizită, tiroidită, diabet zaharat tip 1, sindrom miastenic, epilepsie, uveită, miocardită, pericardită, revărsat pericardic, pancreatită, gastrită, ulcer gastric gastro-intestinal, spoziazi, keratoză lichenoidă, papule, modificări ale culorii părului, tenosinovită, nefrită, creștere a valorii plasmatice a amilazei. **Rare (≥ 1/10000 și < 1/1000):** anemie hemolitică, limfocitotoxică heterofagocitică, aplazie pură a seriei eritrocitare, hipoparatiroidism, sindrom Guillain-Barré, vasculită, encefalită, mielită, nevrită optică, meningită (aseptică), sindrom Vot-Koyanagi-Harada, insuficiență pancreatică exocrină, perforație la nivelul intestinelor subgine, boală celiacă, colangită sclerozantă, sindrom Stevens-Johnson, eritem nodos, necroliză epidermică toxică, sindrom Sjögren, cistită non-infecțioasă, **Cu frecvență necunoscută:** rețelul transplantului de organ solid. **Copii și adolescenți:** Profilul de siguranță la pacienții copii și adolescenți a fost în general similar celui observat la adulții tratați cu pembrolizumab. Atunci când pembrolizumab este administrat în asociere, se va consulta RCP pentru componentele respective ale tratamentului asociat, înainte de inițierea tratamentului. **Pentru mai multe informații privind reacțiile adverse, pentru reacțiile adverse în asociere cu chimioterapie, radioterapie sau cu chimioterapie sau cu chimioterapie sau cu chimioterapie, vezi pct. 4.3 din RCP complet.** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478 RO, e-mail: adr@ann.ro, Website: www.ann.ro. DAPP: Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Olanda. Nr. AEP: EU/175/024/002-003. Data primei autorizări: 17 iulie 2015. Data ultimei reînnoiri a autorizației: 24 martie 2020. Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală restrictivă RCP. Text revizuit în aprilie 2026, bazat pe RCP cu data 30 martie 2026. Pentru informații complete de prescripție, vă rugăm să citiți în întregime RCP. Informații detaliate privind acest medicament sunt disponibile pe site-ul Agenției Europene pentru Medicamente <https://www.ema.europa.eu>.

Acest material promotional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PR. Înainte de a prescrie KEYTRUDA®, vă rugăm consultați Rezumatul caracteristicilor produsului. Pentru a raporta evenimentele adverse, transmite reclamații de calitate sau solicita informații medicale legate de produsele MSD, vă rugăm să ne scrieți la adresa de e-mail dpoc.romania@msd.com.

Merck Sharp & Dohme Romania SRL
Bulevardul Poligrafiei nr. 1A
Ana Tower, etaj 5, cod poștal 013704
Sector 1, București, România
Tel: +4 021 229 29 00



Pentru a vizualiza RCP
scanați codul QR



RO-JRC-00065 03/2026

Copyright © 2026 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, SUA și afiliații săi.
Toate drepturile rezervate.

KEYTRUDA® în cancer genito-urinare (GU)

COMPENSAT¹

Adjuvant RCC

KEYTRUDA® este indicat în monoterapie pentru tratamentul adjuvant al adulților cu carcinom renal cu risc de recurență crescut după nefrectomie sau în urma nefrectomiei și rezecției leziunilor metastatice.⁴

NECOMPENSAT

1L RCC

KEYTRUDA® este indicat în asociere cu lenvatinib pentru tratamentul de primă linie al carcinomului renal avansat, la adulți.⁴



Carcinom renal

În proces de compensare³

1L RCC

KEYTRUDA® este indicat în asociere cu axitinib pentru tratamentul de primă linie al carcinomului renal avansat, la adulți.⁴

COMPENSAT¹

2L UC

KEYTRUDA® este indicat în monoterapie pentru tratamentul carcinomului urotelial local avansat sau metastatic, la adulți cărora li s-a administrat anterior chimioterapie care conține săruri de platină.⁴



Carcinom urotelial

COMPENSAT¹

1L UC

KEYTRUDA® este indicat în monoterapie pentru tratamentul carcinomului urotelial local avansat sau metastatic, la adulți care nu sunt eligibili pentru chimioterapie care conține cisplatină și ale căror tumori exprimă PD-L1 cu un scor combinat pozitiv (CPS - Combined Positive Score) ≥ 10 .⁴

În proces de compensare²

1L UC

KEYTRUDA® este indicat în asociere cu enfortumab vedotin pentru tratamentul de primă linie al carcinomului urotelial nerezecabil sau metastatic, la adulți.⁴

1L - primă linie, 2L - a doua linie, RCC - carcinom renal, UC - carcinom urotelial, GU - genito-urinar

Referințe:

1. Monitorul Oficial al României, Partea I Nr. 791 bis/25.VIII.2025, București; Monitorul Oficial R.A., Parlamentul României - Camera Deputaților; 2025: 116 p.
2. Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România. Raport de evaluare a tehnologiilor medicale - DCI Pembrolizumabum (KEYTRUDA® 25 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă). Raport finalizat la data de 23 decembrie 2025. București: Ministerul Sănătății, ANMDMR; 2025. Dosar nr. 64249.
3. Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România. Raport de evaluare a tehnologiilor medicale - DCI Pembrolizumabum (KEYTRUDA® 25 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă). Raport finalizat la data de 11 aprilie 2023. București: Ministerul Sănătății, ANMDMR; 2023. Dosar nr. 12810.
4. KEYTRUDA® 25 mg/ml concentrat pentru soluție perfuzabilă, pembrolizumab. Rezumatul caracteristicilor produsului. 30 martie 2026.

Pentru mai multe informații,
accesați Staywell.ro





14.00 – 16.00 Sesiunea 3 - Moderator: Dr. Daniela Sandu

- 14.00 – 14.15 Managementul oligoprogresiei: SBRT și impactul asupra dinamicii terapiei sistemice (Dr. Claudiu Hopârtean)
- 14.15 – 14.30 Stereotaxia în cancerul renal: la intersecția dintre precizie locală și terapie sistemică (Dr. Flavius Coser)
- 14.30 – 14.45 SBRT în managementul metastazelor hepatice: criterii de selecție și secvențialitate în raport cu tratamentul sistemic și alte tehnici ablativă (Dr. Gabriel Rîcu)
- 14.45 – 15.00 Radioterapia stereotactică în metastazele vertebrale: eficacitate clinică și toxicitate în era terapilor sistemice moderne (Dr. Ana Dulan)
- 15.00 – 15.15 Brahiterapia vs. SBRT în cancerul de prostată localizat (Prof. Dr. Gabriel Kacso)
- 15.15 – 16.00 Deconstructing SBRT: the FASTRACK II trial (Moderator Dr. Daniela Sandu + speakeri)

16.00 – 16.30 Coffee break

16.30 – 18.00 Sesiunea 4 - Moderator: Fiz. Bogdan Ile

- 16.30 – 16.45 Dincolo de VMAT și IMRT: Radioterapia hibridă RapidArc Dynamic în practica clinică. Experiența noastră. (Fiz. Valentin Costache, Co-autori: Fiz. Grațiana Nițescu, Fiz. Alexandru Niculescu, Fiz. Cristina Petroiu)
- 16.45 – 17.00 RTsafe's Dosimetry Audit Services: Building Confidence in SRS/SBRT practices (Medical Physicist Vasiliki Margaroni)
- 17.00 – 17.15 Strategii teranostice moderne în tratamentele oncologice: integrarea imagisticii hibride în terapia radionuclidică (Fiz. Cristina Petroiu, Co-autor: Fiz. Robert Maaz)
- 17.15 – 17.30 Introducere în ROSEIS: raportarea incidentelor și cultura siguranței în radioterapie (Assist. Profesor Mary Coffey – ESTRO)

Duminică, 21 iunie

Sala Experience 1

09.00 – 10.30 Stilul de viață, microbiomul și viitorul imunoterapiei cancerului

Moderatori: Dr. Cătălina Bezărau, Dr. Radu Dragomir

- 09.00 – 09.20 Activitatea fizică, somnul și biologia circadiană – noi modulatori ai imunității antitumorale (Dr. Cătălina Bezărau)
- 09.20 – 09.40 Metabolism, nutriție și inflamație sistemică la pacienții tratați prin imunoterapie (Dr. Andiana Blidari)
- 09.40 – 10.00 Endocrinologia calității vieții în oncologie: sexualitate, echilibru endocrin și imunoterapie (Dr. Andreea Bena)
- 10.00 – 10.25 Optimizarea răspunsului la imunoterapie prin strategii integrate asupra microbiomului și stilului de viață (Dr. Radu Dragomir, CEO Nostra:Biome - Călin Popescu)
- 10.25 – 10.30 Discuții și concluzii. Poate intervenția asupra stilului de viață deveni parte a protocoalelor standard de imunoterapie?

BAVENCIO® **ÎN COMBINAȚIE CU AXITINIB,** **DUETUL IO+TKI ADMINISTRAT** **ÎN LINIA ÎNTÂI CARE REDUCE RISCUL** **DE PROGRESIE A BOLII CU 31%** **PENTRU PACIENȚII CU CARCINOM** **RENAL AVANSAT¹**

TIME 2 START STRONG

**PRIMA combinație IO + TKI
COMPENSATĂ în România^{2,3} în
CARCINOMUL RENAL AVANSAT**

Pentru a accesa rezumatul caracteristicilor
produsului Bavencio în întregime vă rugăm să
scanezi codul QR sau să accesezi următorul link:
<https://bit.ly/3Xoc9Q0>

Pentru a accesa rezumatul caracteristicilor
produsului axitinib în întregime vă rugăm să
scanezi codul QR sau să accesezi următorul link:
<https://bit.ly/40V9WCW>



Medicament eliberat pe bază de prescripție PR. Înainte de a prescrie Bavencio, vă rugăm să consultați
Rezumatul Caracteristicilor Produsului. Acest material promotional este destinat profesionistilor din
domeniul sănătății. Informații suplimentare sunt disponibile la adresa: <http://www.merckgroup.com/mandatories>.
Efectele adverse trebuie raportate la următoarea adresă: drug.safety.easternurope@merckgroup.com.
Reclamațiile de calitate trebuie raportate la următoarea adresă: qualityromania@merckgroup.com.

Abrevieri: IO, imunoterapie (immunotherapy); TKI, inhibitor de tirozin kinază (tyrosine kinase inhibitor).
Referințe: 1. Motzer et al. *N Engl J Med* 2019;380(12):1103-1115; 2. Lista medicamentelor compensate -
Martie 2026. 3. Lista protocoloanelor terapeutice aprobate prin ordinul MS/CNAS nr. 564/449/2021 cu modificările
și completările ulterioare martie 2023
<https://cnas.ro/wp-content/uploads/2023/07/Copy-of-lista-protocoloanelor-terapeutice-martie-2023-TOATE.pdf>.



10:30 – 11:00 Coffee break

11.00 – 11.30 Strategia optimă de tratament sistemic în carcinoamele bronhopulmonare non-microcelulare operabile: terapie adjuvantă, neoadjuvantă sau perioperatorie (Prof. Dr. Tudor Ciuleanu)

11.30 – 11.50 Simpozion Medison

Între Dovezi și Decizii Clinice: Libtayo prin prisma experienței a doi specialiști (Dr. Daniela Șirbu, Dr. Mihaela Pașca Feneșan)

11.50 – 12.10 Simpozion Teva

Arhitectura neutropeniei induse de chimioterapie (Dr. Anca Voiculescu)

12.10 – 12.30 Concluzii și Închiderea Conferinței

12.30 – 13.30 Prânz

MULȚUMIM
PENTRU
PARTICIPARE!

**BAVENCIO® este imunoterapia care a demonstrat
PRELUNGIREA SUPRAVIEȚUIRII GLOBALE în contextul
terapii carcinomului urotelial (CU) avansat local sau metastatic,
ca tratament de menținere la pacienții care au prezentat un
răspuns (RC, RP, BS) după chimioterapia pe bază de săruri de platină¹⁻⁷**

29,7 LUNI*
mOS cu
BAVENCIO® + BSC



20,5 LUNI*
mOS cu BSC

Risc relativ (RR): **0,77** (95% ÎI, 0,64-0,92)¹

SUPRAVIEȚUIREA GLOBALĂ CA ELEMENT CENTRAL

**START
STRONG**

**LIVE
LONGer**
MONOTERAPIE
DE MENȚINERE
ÎN CARCINOMUL
UROTELIAL AVANSAT*

Pentru a accesa rezumatul caracteristicilor
produsului BAVENCIO în întregime vă rugăm să
scanați codul QR sau să accesați următorul link:
<https://bit.ly/3XscSQ0>



Medicament eliberat pe bază de prescripție PR. Înainte de a prescrie BAVENCIO, vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului.
Acest material promotional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Informații suplimentare sunt disponibile la adresa: <http://www.merckgroup.com/mandatories>.
Efectele adverse trebuie raportate la următoarea adresă: drug_safety_easteurope@merckgroup.com. Reclamațiile de calitate trebuie raportate la următoarea adresă: qualityromania@merckgroup.com.

*de la începutul chimioterapiei de linia 1; "carcinom urotelial (CU) avansat local sau metastatic care nu manifestă progresie după chimioterapia pe bază de platină
Abrevieri: BSC, cea mai bună asistență medicală de susținere (best supportive care); mOS, supraviețuirea globală mediană, ÎI, interval de încredere; RC, răspuns complet; RP, răspuns parțial; BS, boală stabilă.
Referințe: 1. Givvas P et al. Target Oncol. 2019; 34:505-25. 2. Powles T et al. N Engl J Med. 2020;383:1218-30. 3. BAVENCIO Rezumatul caracteristicilor produsului, Noiembrie 2023. 4. Powles T, Kopylov E, Su P-J, et al. Patient-reported outcomes from JAVELIN Bladder 100: avelumab first-line maintenance + best supportive care (BSC) vs BSC alone for advanced urothelial carcinoma. Poster presented at: European Society for Medical Oncology (ESMO) Virtual Congress 2020; September 19-21, 2020. 5. Powles T, Park SH, Voog E, et al. Avelumab maintenance therapy for advanced or metastatic urothelial carcinoma [supplementary appendix]. N Engl J Med. 2020. doi:10.1056/NEJMoa2002788. 6. Powles T, Park SH, Voog E, et al. Avelumab maintenance therapy for advanced or metastatic urothelial carcinoma [supplementary appendix]. N Engl J Med. 2020. doi:10.1056/NEJMoa2002788. 7. Powles T, Park SH, Voog E, et al. Maintenance avelumab + best supportive care (BSC) versus BSC alone after platinum-based first-line chemotherapy in advanced urothelial carcinoma: JAVELIN Bladder 100 phase III results [Abstract LBA1]. Presented at: American Society of Clinical Oncology (ASCO) 2020 Virtual Annual Meeting; May 29 to June 2, 2020. 8. Sridhar SS, et al. Poster 508. Presented at: ASCO GU Symposium; February 16-18, 2023; San Francisco, CA.
Data Informării materialelor: Martie 2026.

MERCK

Merck România SRL | Str. Gara Herăstrie nr. 40
Căminu C. Etaj 1 | Sector 2 | 020334 | București | România

Pentru pacienții cu TNBC sau HR+/HER2- mBC

SUPRAVIEȚUIRE DOVEDITĂ.* DECIZIA ÎȚI APARTINE.

mTNBC



HR+/HER2- mBC



ADC care țintește TROP-2 cu beneficii de supraviețuire generală demonstrate pentru pacienții cu cancer mamar metastatic HER2 negativ

*Cu beneficii în supraviețuire generală demonstrate în 2 studii de fază 3 pozitive (ASCENT: +4,9 luni supraviețuire generală mediană (mOS) cu TRODELVY vs TPC; TROPiCS-02: +3,2 luni mOS cu TRODELVY vs TPC)

Indicat pentru **utilizare ÎNCĂ DIN 2L la pacienții cu mTNBC***
și **la pacienții cu HR+/HER2- mBC tratat anterior***

TRODELVY A DEMONSTRAT BENEFICIILE DE SUPRAVIEȚUIRE SUPERIOARĂ VS CHIMIOTERAPIE*

mTNBC

~12 LUNI SG mediană

SG mediană: 11,8 luni cu TRODELVY (95% ÎI, 10,5-13,8)
vs 6,9 luni cu chimioterapie (95% ÎI, 5,9-7,7).
p<0,0001**1,2

HR+/HER2- mBC tratat anterior

peste 14 LUNI SG mediană

SG mediană: 14,4 luni cu TRODELVY vs 11,2 luni cu chimioterapie
HR: 0,79 (95% CI, 0,65-0,96);
p=0,0202³

*TRODELVY administrat în monoterapie este indicat pentru tratarea pacienților adulți cu cancer mamar nerezecabil sau metastazat, triplu negativ (mTNBC), care au utilizat anterior două sau mai multe terapii sistemice, incluzând cel puțin una pentru boală în stadiu avansat.

Trodelvy administrat în monoterapie este indicat pentru tratarea pacienților adulți cu cancer mamar nerezecabil sau metastazat, receptor hormonal pozitiv (HR-positiv), HER2-negativ, care au utilizat anterior terapie endocrină și cel puțin două terapii sistemice suplimentare pentru boală în stadiu avansat.

**Evaluată prin analiză centralizată independentă în populația ITT. Îmbunătățirea SG în populația generală a studiului la analiza primară (SG mediană: 12,1 luni vs. 6,7 luni; HR 0,48; p<0,0001) a fost consistentă cu populația ITT. Analiza primară a luat în considerare pacienți fără sau cu istoric anterior de metastaze cerebrale la inițierea (n=468). Populația ITT a fost formată din pacienți cu sau fără metastaze cerebrale la inițiere (N=529). Baza de date a populației ITT a fost închisă la 25 februarie 2021.

mBC, cancer de sân metastatic; 2L, linia a 2-a; ADC, anticorp-medicament conjugat; AE, eveniment advers; BC, cancer de sân; CI, interval de încredere; HER2, receptor al factorului de creștere epidermică umană 2; HR, risc relativ sau receptor hormonal; HR+/HER2- mBC, cancer de sân metastatic cu receptori hormonal pozitivi și receptor al factorului de creștere epidermică 2 negativ; IHC, imunohistochimie; ISH, hibridizare in situ; ITT, intenție de tratament; mBC, cancer de sân metastatic; mOS, supraviețuire generală mediană; mTNBC, cancer de sân metastatic triplu-negativ; OS, supraviețuire generală.

Referințe: 1. TRODELVY (sacituzumab govitecan), Sumarul Caracteristicilor Produsului. Iunie 2025, <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1592htm>; 2. Bardia A, et al. N Engl J Med. 2021;384(16):1529-1541; 3. Rugo HS, et al. Lancet. 2023;402(10411):1423-1433.

▼ Acest medicament face obiectul unei monitorizări suplimentare. Acest lucru va permite identificarea rapidă de noi informații referitoare la siguranță. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacții adverse suspectate. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la Gilead Sciences (GSR) S.R.L. la adresa de email: Safety_FC@gilead.com sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478- RO, Fax: +4 0213 163 497, e-mail: adr@anm.ro.

Pentru informații suplimentare privind prescrierea TRODELVY (sacituzumab govitecan) consultați sumarul caracteristicilor produsului folosind codul QR alăturat. Data primei autorizări a medicamentului: 22 noiembrie 2021. Data ultimei revizuirii a RCP-ului: Iunie 2025. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Acest medicament se eliberează numai pe bază de prescripție medicală PR. Data realizării materialului: August 2025. Cod Yeeva: RO-TRO-0181





Un singur TKI, multiple indicații



CABOMETYX® + nivolumab în L1 RCC avansat la adulți¹



CABOMETYX® monoterapie în L1 RCC avansat la adulți cu risc intermediar sau nefavorabil, netratați anterior¹



CABOMETYX® monoterapie în L2 RCC la adulți care au urmat anterior o terapie țintită FCEV¹



CABOMETYX® monoterapie în HCC la adulții care au fost tratați anterior cu sorafenib¹



CABOMETYX® monoterapie în DTC avansat local sau metastazat, la pacienții adulți refractari sau neeligibili la IRA, care au prezentat progresie în cursul terapiilor sistemice administrate anterior¹



CABOMETYX® monoterapie în NET la adulți cu NET extrapancreatice și pancreatice bine diferențiate, inoperabile sau metastazate, care au progresat în urma a cel puțin unei terapii sistemice anterioare, alta decât analogii de somatostatină¹

L1: linia întâi de tratament; **RCC:** carcinom cu celule renale; **L2:** linia a doua de tratament; **FCEV:** factor de creștere a endoteliului vascular; **HCC:** carcinom hepatocelular; **DTC:** carcinom tiroidian diferențiat; **IRA:** terapie cu iod radioactiv; **NET:** tumori neuroendocrine; **TKI:** inhibitor al tirozin-kinazei

Referințe: 1. CABOMETYX® (cabozantinib), Rezumatul Caracteristicilor Produsului, Ipsen. Disponibil la www.ema.europa.eu

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală restrictivă (PR).

Pentru informații complete despre utilizarea CABOMETYX® vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului.

Evenimentele adverse suspectate se pot raporta la pharmacovigilance.romania@ipsen.com

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Ipsen Pharma România

Str. Grigore Alexandrescu, Nr. 59, București, Sector 1,
Tel.: +40 21 231 27 20



RCP CABOMETYX®



SĂ NU-I LĂSĂM SĂ AȘTEPTE

CABOMETYX® + nivolumab în L1 RCC avansat



Eficacitate demonstrată în L1 și pe termen lung¹

mFU 67,6 luni

OS ✓ PFS ✓ ORR ✓



Profil de siguranță gestionabil²

prin profilaxie, tratament de susținere, temporizare sau reducerea dozelor de CABOMETYX®, temporizare și tratament imunosupresiv pentru nivolumab²



Recomandat de ghidurile internaționale^{3,4}

ESMO ✓ NCCN ✓

L1: linia întâi de tratament; **RCC:** carcinom cu celule renale; **PFS:** supraviețuirea fără progresie; **OS:** supraviețuirea generală; **ORR:** rata de răspuns obiectiv; **ESMO:** European Society for Medical Oncology; **NCCN:** National Comprehensive Cancer Network

Referințe: **1.** Motzer RJ, et al. Abstract 439, prezentat la ASCO GU 2025. **2.** Adaptat după McGregor B, et al. *Cancer Treat Rev.* 2022;103:102333. **3.** Powles T, et al. *Annals of Oncology.* 2024;35(8):692-706. **4.** Motzer RJ, et al. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Kidney Cancer 2025; vers. 3.2025 available at www.nccn.org

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală restrictivă (PR).

Pentru informații complete despre utilizarea CABOMETYX® vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului.

Acest material promoțional este dedicat profesioniștilor din domeniul sănătății.



XGEVA®
(denosumab) injection
120 mg

Fiecare fractură are o poveste.
Oprește complicațiile osoase cu

**XGEVA® – PROTECȚIE
AVANSATĂ PENTRU
PACIENȚII CU
METASTAZE OSEOASE.**

În seringă preumplută

Permite
autoadministrarea

Volum de injecție
reduc

XGEVA® este o injecție
subcutanată, administrată o
dată la 4 săptămâni (Q4W),
destinată adulților*
cu tumori maligne avansate
care afectează osul¹

CONTROL USOR
FEREASTRĂ DE INSPECȚIE

VERIFICARE RAPIDĂ A
ETICHETEI CU DOZĂ ȘI DATĂ DE EXPIRARE



MANIPULARE CONFORTABILĂ
REGIUNE DE APUCARE CU DEGETELE

SIGURANȚĂ SPORITĂ
PROTECȚIE PENTRU AC

(Referințe)*Nu este necesară transferarea soluției din flacon. Seringa preumplută XGEVA® conține aceeași doză de denosumab (120 mg) într-un volum de injecție mai mic (1,0 mL soluție față de 1,7 mL în flacon).

**XGEVA® nu este recomandat la pacienții pediatrici (<18 ani), cu excepția adolescenților cu maturitate scheletică (12-17 ani) cu tumori cu celule gigante ale osului. ref 1



Acest material este destinat profesioniștilor
din domeniul sănătății. Înainte de a prescrie Xgeva,
vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

AMGEN

Amgen România SRL
Bucharest Business Park,
Str. București-Ploiești, nr. 1A, Clădirea A, etaj 2,
Sector 1, Cod 013681, București, România
Tel: +4021 527 3000, Fax: +4021 527 3001
safety-romania@amgen.com, www.amgen.ro

ROU/291-25-80007

**NUBEQA® ÎN TRIPLA TERAPIE,
ÎNCEPE CU EFICACITATE MAXIMĂ,
CONTINUĂ CU TOLERABILITATE DOVEDITĂ^{1,2}**

NUBEQA®
(darolutamidă)

SINGURUL ARI

APROBAT ÎN TERAPIA COMBINATĂ CU DOCETAXEL ȘI ADT
ÎN CAZUL PACIENȚILOR CU **mHSPC¹⁻⁴**

PRELUNGEȘTE VIAȚA

32,5% REDUCEREA RISCULUI DE DECES VS DOCETAXEL
ÎN CAZUL PACIENȚILOR CU **mHSPC^{1,2}**

PROGRESIE REDUSĂ

64% SCĂDERE A RISCULUI DE PROGRESIE CĂTRE CRPC
ÎN CAZUL PACIENȚILOR CU **mHSPC^{1,2}**

*Referindu-se la designul studiului ARASENS.

ARI = inhibitor al receptorilor androgenici; mHSPC = cancer de prostată metastatic hormono-sensibil; OS = supraviețuire globală; CRPC = cancer de prostată rezistent la castrare

Referințe: 1. Rezumatul Caracteristicilor Produsului Nubeqa, Iulie 2025. 2. Smith MR, Hussain M, Saad F, și alții. Investigatorii studiului ARASENS. Darolutamida și supraviețuirea în cancerul de prostată metastatic, hormono-sensibil. N Engl J Med. 2022;386(12):1132-1142. 3. Apalutamida, EMA, Product information. 4. Enzalutamida, EMA, Product information

Acest medicament se eliberează pe baza de prescripție medicală restrictivă – PR. Pentru întrebări medicale despre acest produs vă rugăm să ne contactați la adresa: medical-info-ro@bayer.com. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului Nubeqa (darolutamidă) disponibil pe website-ul Agenției Europene a Medicamentului <http://www.ema.europa> sau accesați codul QR de mai jos:



SC Bayer SRL
Șos. București – Ploiești nr. 1A,
clădire B, etaj 1, Sector 1, 013681



PR-NUB-3C-0033-1



Redefinirea modului de administrare a imunoterapiei în cancer

TECENTRIQ SC

Prima și singura IMUNOTERAPIE anti PD-L1
CU ADMINISTRARE SUBCUTANATĂ¹



Aprobat EMA în toate indicațiile Tecentriq IV¹

Referință: 1. RCP Tecentriq, Apr. 2026.

Acest material se adresează exclusiv profesioniștilor din domeniul sănătății. Acesta este un produs care se eliberează pe bază de prescripție medicală restrictivă (dacă este cazul). Înainte de prescripție vă rugăm să consultați prospectul produsului disponibil la https://www.ema.europa.eu/ro/documents/product-information/tecentriq-epar-product-information_ro.pdf. Vă rugăm să raportați evenimentele adverse apărute în timpul tratamentului cu medicamente Roche la romania.drug_safety@roche.com și www.anm.ro.

Pentru mai multe informații despre TECENTRIQ vă invităm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului scanând codul QR alăturat.



Roche Romania SRL
Bulevardul Poligrafiei 1A, Clădirea Ana Tower, Recepție - Etaj 15, Sector 1, București, România, 013704;
Tel.: 021-206.47.01, Fax: 021-206.47.00; romania.info@roche.com, www.roche.ro
Apr. 2026; M-RO-00002584

Tehnologie Glico-PEGilare avansată^{1,2}



Referințe:

1. Zundorf et al. Pharmacie 69:323-326 (2014).
2. DeFrees S et al. Glycobiology. 2006;16(9):833-843.

Pentru informații complete de prescriere, vă rugăm să consultați
Rezumatul Caracteristicilor Produsului pentru Lonquex® prin scăderea codului QR.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.





**VOLUM
COMPACT
(125 ml) ȘI
AROME
SPECIALIZATE,
VALIDATE^{3,4}**



NUTRIDRINK COMPACT PROTEIN ȘI FORTICARE ADVANCED, ÎMPREUNĂ ÎN LUPTA ÎMPOTRIVA CANCERULUI

**Densitate nutrițională
ridicată, pentru atingerea
țintelor nutriționale**

**HIPERPROTEIC,
HIPERCALORIC**

306 kcal și
18 g proteine

**Acizi grași polinesaturați cu
proprietăți antiinflamatorii,
cu efect benefic în cașexie
și inflamația sistemică**

Valori nutriționale per sticlă de 125 ml

CONFORM GHIDURILOR
ESPEN ȘI ESMO^{1,2}

**ÎMBOGĂȚIT
CU ACIZI
GRAȘI ω -3 DIN
ULEI DE PEȘTE**

1.1 g EPA și
0.7 g DHA

Pentru mai multe informații, vizitați www.nutricia-med.ro.

Nutridrink, Forticare și Nutrison sunt alimente destinate unor scopuri medicale și se utilizează sub supraveghere medicală. Conținut destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Referințe: 1. Arends, et al. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48. 2. Arends, et al. ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open 2021. 3. de Haan et al. Support Care Cancer 2021; 29:5691-9. 4. Internal sensory study, Data on file 2021.



Resident Laboratory
science for LIFE



WE DON'T GUESS. WE KNOW. TEST US.

Precision diagnostics
for modern medicine.



EVIDENCE-BASED
DIAGNOSTICS



FAST &
RELIABLE RESULTS



ADVANCED
TECHNOLOGY



TRUSTED BY
MEDICAL PROFESSIONALS



BECAUSE
ACCURATE RESULTS
LEAD TO BETTER
DECISIONS.



Partner with precision.
Choose what matters.



www.residentlab.ro



info@residentlab.ro



0770112233

Embracing innovation. Enhancing outcomes.

We believe in empowering care teams with comprehensive oncology tools and services, so you can focus on the best possible care for the patient.

Comprehensive Oncology Tools



ARIA CORE

An oncology management solution offering a comprehensive approach to managing patient information and driving workflows.



ARIA STM

ARIA CORE's cloud-native module managing systemic therapy treatment delivery.



ARIA CORE Mobile

A mobile application providing access to key ARIA CORE functionalities remotely to provide patient-centric care and optimize productivity.



ARIA CORE Insights

Oncology-specific analytics solution helping turn raw data into actionable insights for faster, more effective, decision-making.



Noona

Patient engagement application empowering patients to record their symptoms, communicate with their care team, and get access to treatment-related information.

Advanced Oncology Solutions

Technology Enablement

Accelerate technology adoption, implementation, and increase utilization

Operational Excellence

Access clinical expertise to help you drive efficiency through best practices to deliver the highest quality care

All trademarks are the property of their respective owners.



A suite of solutions and services designed for your clinic's needs.

A TURNING POINT FOR ARC THERAPY



Introducing **RapidArc Dynamic**, a radical transformation in planning and delivery built to bring you highly extensive treatment flexibility.

Learn more at varian.com/rapidarc-dynamic

varian
A Siemens Healthineers Company

RapidArc Dynamic





CABINET MEDICAL DE ONCOLOGIE



CONTACT

Reșița, str. Spitalului nr.36, et.1 - cam.120A

Tel: 0355/409 469; 0756/112 787

Email: office@oncohelp.ro

www.oncohelp.ro

Mai aproape de tine!

Eforturile noastre de a facilita accesul la servicii medicale oncologice de înaltă competență profesională se concretizează prin inaugurarea cabinetului medical din orașul Reșița.



Summer SCHOOL

Timișoara | 18-21 iunie 2026



ORGANIZATOR:



ONCOHELP TM S.R.L.

Timișoara, str. Ciprian Porumbescu nr. 57 - 59

Persoană de contact:

Dr. Borugă Valeriu Ioan

Tel: +40 745 100495

Email: valeriu.boruga@oncohelp.ro



LOCAȚIA:

Hotel Timișoara

Strada Mărășești 1-3,

Timișoara 300086

www.hoteltimisoara.ro



www.oncohelp.ro