

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

La presente scheda è standardizzata per tutti i farmaci inseriti nel Registro. Pertanto, le diciture contenute nei campi fanno riferimento a tutte le situazioni prevedibili. Si prega di selezionare e indicare, quindi, caso per caso, solo quelle appropriate rispetto al trattamento in questione.

**I campi contrassegnati dall'\* sono obbligatori.**

Indicare causa di fine trattamento* :	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco Remissione ematologica completa Remissione ematologica parziale
Data di fine trattamento* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)

**Valutazione dello stato della malattia:**

Stato Malattia Primaria* :	Remissione Completa Libero da malattia Remissione Parziale Stabile Progressione Ricaduta Malattia metastatica Seconda Neoplasia Maligna Valutazione non effettuata
Se valutazione non effettuata indicare motivazione :	_____
Esame che ha determinato lo stato della malattia* :	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Esame ematologico Mammografia Rx. torace Altro
Data* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Numero di somministrazioni ricevute* :	_____

<b>Se il paziente e' morto, indicare:</b>	
La causa:	malattia tossicita' Altro
Se altro, specificare:	_____
Data di morte:	_____ (gg/mm/aaaa)
La causa di morte è correlata alla malattia?:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*	Sì No <b>se si' compilare il modulo ministeriale</b>
Reazioni allergiche* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

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

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma