

**RIVALUTAZIONE**

**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**

**N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg**

Data della rivalutazione*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Stato Malattia Primaria* :	Remissione completa Remissione parziale Stabile Progressione Seconda neoplasia
Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia* :	Emocromo TC
Valori emometrici	
Globuli bianchi (Leucociti)*:	____ n/mmc
Emoglobina*:	____ g/dl
Piastrine (PLT)*:	____ n/mmc
Altri esami:	_____
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____
Il paziente prosegue il trattamento*	Sì No

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

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma