

FINE TRATTAMENTO

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.
N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Causa di fine trattamento*	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco
----------------------------	--

Data di fine trattamento*	___/___/___ (gg mm aaaa)
---------------------------	--------------------------

Valutazione dello stato della malattia

Stato Malattia Primaria* :	Remissione completa Remissione parziale Stabile Progressione Seconda neoplasia
----------------------------	--

Se valutazione non effettuata indicare motivazione :	_____
--	-------

Esame che ha determinato lo stato della malattia* :	Emocromo
---	----------

Data* :	___/___/___ (gg mm aaaa)
---------	--------------------------

Se il paziente è morto, indicare:

La causa	Malattia Tossicità Altro
----------	--------------------------------

Se altro, specificare	_____
-----------------------	-------

Data di morte:	___/___/___ (gg mm aaaa)
----------------	--------------------------

La causa di morte e' correlata alla malattia?:	Si No
--	----------

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente?*	Si No se si' compilare modulo ministeriale ADR
--	---

Valori emometrici

Globuli bianchi (Leucociti)*:	___ n/mmc
-------------------------------	-----------

Emoglobina*:	___ g/dl
--------------	----------

Piastrine (PLT)*:	___ n/mmc
-------------------	-----------

Altri esami:	_____
--------------	-------

Numero di somministrazioni ricevute prima di questa	_____
---	-------



REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

rivalutazione* :	
Il paziente prosegue il trattamento*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Nome del Medico

Data

Firma