

RIVALUTAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA

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

Scheda da compilare ogni 2 mesi.	
I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
Rivalutazione dello stato della malattia:	
Data della rivalutazione* :	_____ (gg/mm/aaaa)
Stato Malattia Primaria* :	Remissione Completa Remissione Parziale Malattia Stabile Progressione Recidiva
Esame con il quale è stato determinato lo stato della malattia:* :	Emocromo Ago aspirato midollare Biopsia osteo midollare PET RMN TAC Altro
Se altro, specificare:	_____
HB* :	_____ g/dl
PLT* :	_____ n/mmc
Leucociti* :	_____ n/mmc
Blasti midollari* :	_____ %
Altri esami:	_____ _____
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____
Il paziente prosegue il trattamento* :	Sì No

 Nome del Medico

 Data

 Firma