

**RIVALUTAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA**

<b>Codice Paziente</b>	<b>Centro</b>	<b>Iniz. Paz.</b>	<b>Data Registrazione</b>	<b>Data di Nascita</b>
_____	_____	_____	_____	_____

<b>Scheda da compilare ogni 2 mesi.</b>	
<b>I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.</b>	
<b>Rivalutazione dello stato della malattia:</b>	
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* :	Si No

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

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma