

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

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

Indicare causa di fine trattamento* :	Fine regolare del trattamento Recidiva Progressione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco Altro (decisione clinica)
Data di fine trattamento* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Il paziente è stato avviato al trapianto* :	Sì No
Valutazione dello stato della malattia:	
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
Data* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Valori emometrici	
HB* :	_____ g/dl
PLT* :	_____ n/mmc
Leucociti* :	_____ n/mmc
Blasti midollari* :	_____ %
Numero di somministrazioni ricevute* :	_____
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente* :	Sì No se sì' compilare il modulo ministeriale

Se il paziente e' morto, indicare:	
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

Nome del Medico

Data

Firma