

DIAGNOSI

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

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- AVASTIN -**

- Avastin in combinazione con 5-fluorouracile/acido folinico endovena o 5-fluorouracile/acido folinico/irinotecan endovena e' indicato per il trattamento di prima linea dei pazienti con carcinoma del colon e del retto metastatico.**

I campi contrassegnati dalla lettera **(E)** sono determinanti per l'eleggibilità.
I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

(E)	Diagnosi* :	Carcinoma del colon
	Performance Status alla diagnosi (ECOG)* :	0 1 2 3 4
	Data di valutazione* :	_____ (gg/mm/aaaa)
(E)	Malattia Metastatica* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Se Metastatica: Sedi Malattia	<input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Peritoneo <input type="checkbox"/> Ossa <input type="checkbox"/> Cute <input type="checkbox"/> Altro
	Se altro specificare:	_____
	ESAME / PARAMETRO* :	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Altro
	Data dell'esame di riferimento* :	_____ (gg/mm/aaaa)
(E)	Verra' somministrato in associazione con* :	<input checked="" type="radio"/> 5-fluorouracile/acido folinico endovena <input type="radio"/> 5-fluorouracile/acido folinico/Irinotecan endovena <input type="radio"/> Altro
	Se altro specificare:	_____
(E)	Il trattamento previsto è il primo che viene praticato per la malattia avanzata?*	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

Nome del Medico

Data

Firma