

## DIAGNOSI

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

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE  
- AVASTIN -**

- **Avastin (bevacizumab) in combinazione con chemioterapia a base di fluoropirimidine e' indicato per il trattamento di pazienti con carcinoma metastatico del colon e del retto**

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

<b>(E)</b>	Diagnosi* :	Carcinoma del colon-retto
	Performance Status alla diagnosi (ECOG)* :	0 1 2 3 4
	Data di valutazione :	_____ (gg/mm/aaaa)
<b>(E)</b>	Malattia Metastatica* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
<b>(E)</b>	Verra' somministrato in associazione con fluoropirimidine:* :	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> 5-fluorouracile <input type="radio"/> capecitabina <input type="radio"/> UFT
	Verranno associati altri farmaci:	No Acido folinico Irinotecan Oxaliplatino Altro
	Se altro specificare:	_____
<b>(E)</b>	Linea di trattamento prevista per la malattia metastatica* :	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> Successive
<b>(E)</b>	Il paziente ha già ricevuto AVASTIN in prima linea* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

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

 \_\_\_\_\_  
Data

 \_\_\_\_\_  
Firma