

DIAGNOSI

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

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- AVASTIN -**

- Avastin in combinazione con paclitaxel è indicato per il trattamento in prima linea di pazienti con carcinoma mammario metastatico.**

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

(E)	Diagnosi* :	Carcinoma della mammella
	Performance Status alla diagnosi (ECOG)* :	0 1 2 3 4
(E)	Ha già ricevuto trattamento chemioterapico per la malattia metastatica*	Sì No
(E)	Il farmaco verrà somministrato in associazione con* :	Paclitaxel Altro
	Se altro specificare	_____
	Il tumore è:*	HER 2 positivo HER 2 negativo HER 2 non noto
	Recettori Ormonali:*	Ignoto Negativo Positivo
	Ha ricevuto trattamenti ormonali:*	Sì No
	Se sì:*	<input type="checkbox"/> Adiuvante <input type="checkbox"/> Neoadiuvante <input type="checkbox"/> Malattia metastatica
	Ha ricevuto chemioterapia:*	Sì No
	Se sì :*	<input type="checkbox"/> Adiuvante <input type="checkbox"/> Neoadiuvante
	Treatamenti chemioterapici precedenti (non per la malattia metastatica) :*	<input type="checkbox"/> Trastuzumab <input type="checkbox"/> Paclitaxel <input type="checkbox"/> Altro

Nome del Medico

Data

Firma