AIFA
AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

RIVALUTAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA

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

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
Rivalutazione dello stato della malattia:	
Data della rivalutazione* :	_____(gg/mm/aaaa)
Stato Malattia Primaria* :	Remissione Completa Libero da malattia Remissione Parziale Stabile Progressione Ricaduta Malattia metastatica Seconda Neoplasia Maligna Remissione ematologia Remissione ematologica completa Remissione ematologica parziale
Esame con il quale è stato determinato lo stato della malattia:* :	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Mammografia Rx. Torace Emocromo Altro
Se altro, specificare:	_____
Ha iniziato altro tipo di trattamento associato*:	Sì No
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____
Il paziente prosegue il trattamento*:	Sì No

_____	_____	_____
Nome del Medico	Data	Firma