



REGISTRO DEI FARMACI PER ARTRITE REUMATOIDE SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

Centro	Codice Paziente	Nome Cognome	Data di nascita	Data di reg.
_____	_____	_____	__/__/__	__/__/__

Cimzia

Eleggibili solo pazienti con età > 18 anni

RIVALUTAZIONE	
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.	
Data della rivalutazione*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Risposta clinica (ACR)	Sì No
Se sì, inserire valore ACR	_____
(E) Il paziente presenta infezioni gravi o sospette?	Sì No (Compilare la scheda di Fine Trattamento)
Giudizio del paziente sul proprio complessivo stato di salute espresso mediante Scala analogica	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Valutazione del medico sulla risposta alla terapia in base all'attività di malattia rilevata	Bassa attività di malattia Moderata attività di malattia Elevata attività di malattia
Il paziente prosegue il trattamento	Sì No