



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

Cimzia

FINE TRATTAMENTO	
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.	
Causa di fine trattamento*	Fine ciclo terapeutico Fallimento terapeutico Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal Farmaco Altro
Data di fine trattamento*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Valutazione della risposta	
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
Numero di cicli ricevuti	_____
Se il paziente è morto, indicare:	
La causa	Malattia Tossicità Altro
Se altro, specificare	_____
Data del decesso	____/____/____ (gg mm aaaa)
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente?	Sì No
se si' compilare modulo ministeriale ADR	