



RIVALUTAZIONE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori. N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Data Rivalutazione*:	____/____/____ (gg mm aaaa)
Peso *	_____ Kg (usare il punto per i decimali es. 15.3)
BMI	_____ (automatico)
Numero totale di esacerbazioni fino alla data di questa rivalutazione *	_____
Numero di esacerbazioni lievi	_____
Numero di esacerbazioni moderate	_____
Per quelle moderate indicare quanti esacerbazioni sono trattati con soli antibiotici	_____
Per quelle moderate indicare quanti esacerbazioni sono trattati con soli corticosteroidi	_____
Per quelle moderate indicare quanti esacerbazioni sono trattati con antibiotici e corticosteroidi	_____
Numero di esacerbazioni gravi	_____
Per quelle gravi indicare quanti esacerbazioni hanno richiesto ospedalizzazione	_____
Miglioramento della qualita' di vita*	Sì No
Il paziente continua il trattamento con DAXAS? *	Sì No
Paziente mantiene la stessa associazione con altri farmaci come riportato precedentemente ?	Sì No
Associazione con altri farmaci	_____ (automatico)
Se No indicare la nuova associazione	<input type="checkbox"/> SABAs <input type="checkbox"/> LABAs <input type="checkbox"/> SAMAs <input type="checkbox"/> LAMAs <input type="checkbox"/> beta 2 agonisti orali <input type="checkbox"/> Teofillina <input type="checkbox"/> Inibitori di lipossigenasi <input type="checkbox"/> antagonisti dei leucotrieni <input type="checkbox"/> ICS <input type="checkbox"/> Glucocorticosteroidi orali

Nome del Medico

Data

Firma