

**FINE TRATTAMENTO****I campi contrassegnati con * sono obbligatori.**

Causa di fine trattamento*	Miglioramento Mancata risposta al farmaco Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal Farmaco Modifica terapia in associazione Altro
----------------------------	--

Compilare la scheda di Eventi avversi ed inoltre stampare la scheda compilata e inviare al responsabile della Farmacovigilanza della struttura, il quale provvederà di inserirla nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza

Data di fine trattamento*	____/____/____ (gg mm aaaa)
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 esacerbazioni gravi	_____
Per quelle gravi indicare quanti esacerbazioni hanno richiesto ospedalizzazione	_____
Miglioramento della qualità di vita*	_____
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? *	Si No

Nome del Medico_____
Data_____
Firma