

DIAGNOSI

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

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- ERBITUX -**

- **Erbixux è indicato per il trattamento di pazienti affetti da carcinoma a cellule squamose di testa e collo in combinazione con chemioterapia a base di platino nella malattia ricorrente e /o metastatica.**

**I campi contrassegnati dalla lettera (E) sono determinanti per l'eleggibilità.
I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.**

(E)	Diagnosi* :	Carcinoma a cellule squamose di testa e collo Altro
	Se altro, specificare:	_____
	Performance Status alla diagnosi (ECOG)* :	0 1 2 3 4
(E)	Fase della malattia all'inizio del trattamento* :	Recidiva non operabile Metastatica Altro
(E)	Linea di trattamento* :	I II Successive
	Paziente già in trattamento con cetuximab sec. L. 648/96* :	Sì No
	Quante settimane di trattamento sono già state effettuate*	_____
	Data dell'ultima valutazione sullo stato di malattia*	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
	Verrà utilizzato in:*	Monoterapia Combinazione con chemioterapia di base di Sali di platino
	Quale dei sali di platino è utilizzato*	Carboplatino Cisplatino
	Altri farmaci chemioterapici associati	<input type="checkbox"/> Fluorouracile <input type="checkbox"/> Altro
	Se altro, specificare:	_____

 Nome del Medico

 Data

 Firma