

## DIAGNOSI

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE**  
**- HALAVEN -**

**HALAVEN in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti con cancro della mammella localmente avanzato o metastatico, che hanno mostrato una progressione dopo almeno due regimi chemioterapici per malattia avanzata. La terapia precedente deve avere previsto l'impiego di un'antraciclina e di un taxano, a meno che i pazienti non siano idonei a ricevere questi trattamenti.**

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

(E)	Diagnosi* carcinoma della mammella Altro
	se altro, specificare _____
(E)	Stadio della malattia*: Localmente avanzato Metastatico Altro
	Se metastatico, sedi della malattia*: <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Encefalo <input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Altro
(E)	Performance status (ECOG)*: 0 1 2 3 4
(E)	Linee di trattamento per malattia avanzata*: I II III IV V VI Successive
(E)	Precedente trattamento con antracicline o non idoneità al trattamento*: Sì No
(E)	Precedente trattamento con taxani o non idoneità al trattamento*: Docetaxel Paclitaxel No



Precedenti linee di trattamento (Neo)Adiuvante*:	<input type="checkbox"/> Antracicline <input type="checkbox"/> Taxani <input type="checkbox"/> Analoghi LHRH <input type="checkbox"/> Inibitori delle aromatasi <input type="checkbox"/> Tamoxifen <input type="checkbox"/> Trastuzumab <input type="checkbox"/> Fluorouracile <input type="checkbox"/> Altro
se altro, specificare	_____
Metastatica*:	<input type="checkbox"/> Antracicline <input type="checkbox"/> Bevacizumab <input type="checkbox"/> Capecitabina <input type="checkbox"/> Lapatinib <input type="checkbox"/> Taxani <input type="checkbox"/> Vinorelbina <input type="checkbox"/> Analoghi LHRH <input type="checkbox"/> Fulvestrant <input type="checkbox"/> Inibitori delle aromatasi <input type="checkbox"/> Tamoxifen <input type="checkbox"/> Trastuzumab <input type="checkbox"/> Altro
se altro, specificare	_____

 \_\_\_\_\_  
 Nome del Medico

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma