

**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)
<b>Stato attuale del paziente</b>	
Stato malattia*:	Remissione completa Remissione parziale Stabile Progressione
Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia* :	PET RMN TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Mammografia Rx. Torace Emocromo Altro
Se altro, specificare:	_____
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione*	_____
Il paziente prosegue il trattamento*:	Sì No

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

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma