

RIVALUTAZIONE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Data della rivalutazione*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Stato Malattia Primaria* :	Remissione completa Remissione parziale Stabile Progressione
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____
Funzionalità cardiologia	
Rivalutazione strumentale (FEVs)*:	____%
Rivalutazione strumentale (FEVs) rispetto al basale*:	Aumento o stabilità Riduzione < 10 punti % Riduzione > 10 punti %
Insufficienza cardiaca sintomatica*:	Si No
Il paziente prosegue il trattamento*:	Sì No