

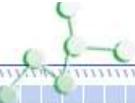
FINE TRATTAMENTO

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.
N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Causa di fine trattamento*	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco Remissione ematologica completa Remissione ematologica parziale
Data di fine trattamento*	___/___/___ (gg mm aaaa)
Valutazione dello stato della malattia	
Stato Malattia Primaria* :	Remissione completa Remissione parziale Stabile Progressione Seconda neoplasia maligna Valutazione non effettuata
Se valutazione non effettuata indicare motivazione :	_____
Esame che ha determinato lo stato della malattia* :	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Esame ematologico Mammografia Rx. torace Altro
Data* :	___/___/___ (gg mm aaaa)

Se il paziente è morto, indicare:

La causa	Malattia Tossicità Altro
Se altro, specificare	_____
Data di morte:	___/___/___ (gg mm aaaa)
La causa di morte e' correlata alla malattia?:	Si No
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente?*	Si No se sì' compilare modulo ministeriale ADR



Funzionalita' cardiologia	
Rivalutazione strumentale (FEVs)*:	___%
Rivalutazione strumentale (FEVs) rispetto al basale*:	Aumento o stabilità Riduzione < 10 punti % Riduzione > 10 punti %
Insufficienza cardiaca sintomatica*:	Sì No
Il paziente prosegue il trattamento*	Sì No