

**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 ciclo terapeutico Fallimento terapeutico Infezioni gravi o acute Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal Farmaco Altro
Data di fine trattamento*	____/____/____ (gg mm aaaa)
<b>Valutazione della risposta</b>	
Valutazione del medico sulla risposta alla terapia in base all'attività di malattia rilevata*	Decisamente migliorato Lievemente migliorato Stabile Lievemente peggiorato Decisamente peggiorato
Numero di cicli ricevuti*	_____
<b>Esame ematologico</b>	
Proteina C reattiva- PCR (unita') *	_____
Amiloide A sierica AAS (unita') *	_____
Autoanticorpi ANA	Positivo Negativo
<b>Esame urine</b>	
Proteinuria*	Positivo Negativo
Microalbuminuria*	Positivo Negativo

**Se il paziente è morto, indicare:**

La causa	Malattia Tossicità Altro
Se altro, specificare	_____
Data del decesso	____/____/____ (gg mm aaaa)
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente? *	Si No

**se si' compilare modulo ministeriale ADR**