

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)
Esame obiettivo del clinico	
Il paziente risulta*	Decisamente migliorato Lievemente migliorato Stabile Lievemente peggiorato Decisamente peggiorato
Il paziente ha avuto infezioni gravi o maligne, ADR o altro*	Si No
se si, specificare	Cambiamento della dose Interruzione permanente Interruzione temporanea Nessuna modifica con prosecuzione della terapia Altro
Esame ematologico	
Proteina C reattiva- PCR (unita') *	_____
Amiloide A sierica AAS (unita') *	_____
Autoanticorpi ANA	Positivo Negativo
Esame urine	
Proteinuria*	Positivo Negativo
Microalbuminuria*	Positivo Negativo
Il paziente prosegue il trattamento*	Sì No