

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	_____	_____

**I campi contrassegnati dall'\* sono obbligatori.**

**Rivalutazione dello stato della malattia:**

Data della rivalutazione* :	____/____/____(gg/mm/aaaa)
Stato Malattia Primaria* :	Remissione Completa Libero da malattia Remissione Parziale Stabile Progressione Ricaduta Malattia metastatica Seconda Neoplasia Maligna Remissione ematologica Remissione ematologica completa Remissione ematologica parziale
Esame con il quale è stato determinato lo stato della malattia:* :	PET RMC 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