

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* :	Assenza di recidiva Recidiva loco regionale Recidiva a distanza Seconda neoplasia
Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia* :	PET RMN 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