

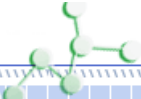
FINE TRATTAMENTO

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* :	Assenza di recidiva Recidiva loco regionale Recidiva a distanza Seconda neoplasia 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 si' compilare modulo ministeriale ADR

Nome del Medico

Data

Firma