I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Causa di fine trattamento*	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicita' Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco
Data di fine trattamento*	___/____/_____(gg mm aaaa)
Valutazione dello stato della malattia	
Stato Malattia* :	Remissione Completa Remissione Parziale Stabile Progressione Seconda Neoplasia Maligna Valutazione non effettuata
Se valutazione non effettuata indicare motivazione :	_____
Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia*:	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Esame ematologico Mammografia Rx. torace Altro
Data* :	__/____/_____(gg mm aaaa)
Numero di somministrazioni ricevute* :	_____
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 sì' compilare modulo ministeriale ADR**

_____ _____ _____
Nome del Medico Data Firma