

DIAGNOSI

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

INDICAZIONI TERAPEUTICHE - KEPIVANCE -	
<ul style="list-style-type: none"> Riduzione dell'incidenza, della durata e della gravità della mucosità orale in pazienti con neoplasie ematologiche che ricevono una terapia mieloablativa associata ad un'alta incidenza di mucosite grave e richiedente supporto di cellule staminali ematopoietiche autologhe. 	
I campi contrassegnati dalla lettera (E) sono determinanti per l'eleggibilità. I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
(E) Il paziente è affetto da neoplasia ematologica?* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Diagnosi* :	Linfoma non Hodgkin Morbo di Hodgkin Mieloma multiplo Leucemia
(E) E' in corso di trattamento mieloablativo con reinfusione di cellule staminali ematopoietiche?* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Peso del paziente: *	_____ Kg
Performance Status alla diagnosi (ECOG)* :	0 1 2 3 4
Chemioterapia somministrata:	<input type="checkbox"/> Cisplatino <input type="checkbox"/> Carboplatino <input type="checkbox"/> Paclitaxel <input type="checkbox"/> Docetaxel <input type="checkbox"/> Gemcitabina <input type="checkbox"/> Vinorelbina <input type="checkbox"/> Pemetrexed

 Nome del Medico

 Data

 Firma