

**DIAGNOSI**

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

<b>INDICAZIONI TERAPEUTICHE</b> <b>- KEPIVANCE -</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Riduzione dell'incidenza, della durata e della gravità della mucosità orale in pazienti con neoplasie ematologiche che ricevono una terapia mieloablattiva associata ad un'alta incidenza di mucosite grave e richiedente supporto di cellule staminali ematopoietiche autologhe.</b></li> </ul>	
I campi contrassegnati dalla lettera <b>(E)</b> sono determinanti per l'eleggibilità. I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
<b>(E)</b> 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
<b>(E)</b> E' in corso di trattamento mieloablattivo con reinfusione di cellule staminali ematopoietiche?* :	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Peso del paziente: *	_____ <b>Kg</b>
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