

DIAGNOSI

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

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- MABTHERA -**
Indicazioni terapeutiche secondo Legge 648/96:

- Linfomi non-Hodgkin a cellule B(CD20+), di qualunque istologia, in associazione con regimi vari di polichemioterapia (includenti farmaci quali antracicline, fludarabina, cisplatino, citarabina, etoposide, metotrexate) impiegati per il trattamento di prima linea o di salvataggio, inclusi i regimi di condizionamento pre-trapianto di cellule staminali emopoietiche.

Indicazioni terapeutiche secondo AIC

- MabThera è indicato per il trattamento di pazienti affetti da linfoma follicolare in III-IV stadio precedentemente non trattati, in associazione a chemioterapia.
- La terapia di mantenimento con MabThera è indicata per pazienti con linfoma follicolare ricaduto/refrattario che rispondono a terapia di induzione con chemioterapia con o senza MabThera.
- MabThera in monoterapia è indicato per il trattamento di pazienti con linfoma follicolare in III-IV stadio che sono chemioresistenti o sono in seconda o successiva ricaduta dopo chemioterapia.
- MabThera è indicato per il trattamento di pazienti affetti da linfoma non-Hodgkin, CD20 positivo, diffuso a grandi cellule B, in associazione a chemioterapia CHOP (ciclofosfamide, doxorubicina, vincristina, prednisolone).

I campi contrassegnati dalla lettera **(E)** sono determinanti per l'eleggibilità.
I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

(E)	Diagnosi*:	Linfoma non Hodgkin Altro
	Se altro, specificare:	_____
(E)	Espressione CD20* :	Sì No
	Tipologia di cellule cd 20+* :	Normali Grandi
	Stadio della malattia* :	I II III IV
	Stato della malattia* :	Esordio Prima ricaduta Seconda o ulteriore ricaduta Refrattario
	Trattamento precedente* :	Sì No

Se si, quali? * :	Mabthera Mabthera+ chemioterapia Chemioterapia
Programma terapeutico* :	Mabthera Mabthera + chemioterapia
Performance Status alla diagnosi (ECOG) * :	0 1 2 3 4
ESAME / PARAMETRO* :	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Emocromo Altro
Valori Emometrici	
HB* :	_____ g/dl
PLT* :	_____ n/mmc
Leucociti* :	_____ n/mmc
Altri esami :	_____

Nome del Medico

Data

Firma