

RIVALUTAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA

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

La presente scheda è standardizzata per tutti i farmaci inseriti nel Registro. Pertanto, le diciture contenute nei campi fanno riferimento a tutte le situazioni prevedibili. Si prega di selezionare e indicare, quindi, caso per caso, solo quelle appropriate rispetto al trattamento in questione.

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
Data della rivalutazione*:	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Stato Malattia Primaria* :	<ul style="list-style-type: none"> - Remissione Completa - Libero da malattia - Remissione Parziale - Stabile - Progressione - Ricaduta - Malattia metastatica - Seconda Neoplasia Maligna - Remissione ematologica - Remissione ematologica completa - Remissione ematologica parziale
Esame con il quale è stato determinato lo stato della malattia*:	<ul style="list-style-type: none"> - PET - RMN - TAC - Ecografia - Scintigrafia - Esame clinico - Mammografia - Rx. Torace - Emocromo - Altro
Se altro, specificare:	_____
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione*:	_____
Il paziente prosegue il trattamento*:	<ul style="list-style-type: none"> Sì No

 Nome del Medico

 Data

 Firma