

FINE TRATTAMENTO MACUGEN
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Causa di fine trattamento *	Fine ciclo terapeutico Inefficacia Eventi Avversi Mancato inizio terapia Decesso Perdita al follow up Trasferimento Altro
Data di fine trattamento *	___/___/___ gg/mm/aaaa

Se il paziente e' morto, indicare:

Secondo il giudizio del clinico, il decesso può essere correlato al farmaco?	Sì No
Data del decesso	___/___/___ gg/mm/aaaa

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente? *	Sì se si' compilare modulo ministeriale ADR No
Pressione intraoculare	_____ mmHg
Rottura retinica	Sì No
Intervento intraoculare effettuato o pianificato entro i precedenti o i successivi 28 giorni dalla data di rivalutazione	Sì No

Acuità Visiva

Data	___/___/___ gg/mm/aaaa	Occhio trattato	Destro (OD) Sinistro (OS)
Acuità visiva con la migliore correzione alla valutazione precedente	_____/10	Acuità visiva con la migliore correzione	_____/10

OCT

Data	___/___/___ gg/mm/aaaa	Spessore retinico centrale alla valutazione precedente	_____ µm
Spessore retinico centrale	_____ µm	Fluido sotto retinico	Assente Presente discutibile

FA

Data	___/___/___ gg/mm/aaaa	Area della lesione	_____ mm ²
Area della lesione alla valutazione precedente	_____ mm ²	Area della lesione	_____ mm ²
Emorragia sottoretinica / intraretinica	Assente Presente discutibile	Estensione dell'emorragia	_____ %
Leakage*	Migliorato Stabile Peggiorato		



Valutazione complessiva del medico dello stato della malattia*

Migliorato
Stabile
Peggiorato