

RIVALUTAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA- MOZOBIL - Linfoma -

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.
N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Data della rivalutazione* :	____/____/____(gg mm aaaa)
Numero di CD34+ raccolte* : (Definizione di fallimento terapeutico: raccolta di CD34+ < 2 x106/Kg)	_____ 10 ⁶ /kg
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____
Il paziente prosegue il trattamento* :	Sì No

 Nome del Medico

 Data

 Firma