


FINE TRATTAMENTO

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

Data di fine trattamento*	____/____/____(gg mm aaaa)
Numero di CD34+ raccolte* : (Definizione di fallimento terapeutico: raccolta di CD34+ <2 x10 ⁶ /Kg)	_____ 10 ⁶ /Kg
Il paziente ha ricevuto almeno due somministrazioni in giorni consecutivi?*	Si No
Il trattamento e' stato comunque effettuato in due giorni consecutivi?*	Si No
E' stata rispettata la finestra di raccolta tra la sesta e l'undicesima ora dopo ciascuna somministrazione?*	Si No

 Nome del Medico

 Data

 Firma