

**DIAGNOSI**

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

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE  
- NEXAVAR -**

- **Pazienti con carcinoma a cellule renali (RCC) avanzato (stadio IV) dopo fallimento terapeutico ad una precedente terapia a base di interferone alfa o interleuchina-2, o che sono considerati non idonei a ricevere tale terapia.**

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

<b>(E)</b>	Diagnosi*:	Carcinoma renale (RCC) Altro
	Se altro, specificare:	_____
	Tipo istologico*:	con prevalenza di cellule chiare non a cellule chiare
<b>(E)</b>	Malattia Metastatica*:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
	Sedi della malattia*:	<input type="checkbox"/> Rene <input type="checkbox"/> Linfonodi <input type="checkbox"/> Fegato <input type="checkbox"/> Polmone <input type="checkbox"/> Ossa <input type="checkbox"/> Encefalo <input type="checkbox"/> Altro
	Se altro specificare:	_____
	Performance Status*:	0 1 2 3 4
<b>(E)</b>	Stadio*:	I II III IV
<b>(E)</b>	Precedente trattamento con citochine*:	Sì No
	Se sì:	Interferone alfa Interleuchina-2
	Motivo del fallimento del precedente trattamento con citochine:	Progressione della malattia

	Intolleranza Altro
Se altro, specificare:	_____
<b>(E)</b> Se nè interferone nè interleuchina sono stati somministrati, specificare il motivo	Trattamento non idoneo Altro
Se altro specificare	_____
Altri trattamenti eventualmente eseguiti*:	Si No
Se si specificare:	_____

\_\_\_\_\_  
Nome del Medico

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma