

DIAGNOSI

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

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- NEXAVAR -**

- Nexavar è indicato per il trattamento dell'epatocarcinoma.

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

(E)	Diagnosi*:	Epatocarcinoma
	Performance Status*:	0 1 2 3 4
(E)	Suscettibile di trattamenti locoregionali*:	Sì No
(E)	Stadio di funzionalità epatica*:	Child A Child B Child C
	Precedente trattamenti*:	Sì No
	Se sì:	<input type="checkbox"/> Chemoembolizzazione <input type="checkbox"/> Termoablazione <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Alcolizzazione <input type="checkbox"/> Altro

 Nome del Medico

 Data

 Firma