RIVALUTAZIONE

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 somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione	_____
Esame obiettivo del clinico	
Il paziente risulta*	Decisamente migliorato Lievemente migliorato Stabile Lievemente peggiorato Decisamente peggiorato
Il paziente ha avuto infezioni gravi o maligne, ADR o altro*	Si No
se si, specificare	Cambiamento della dose Interruzione permanente Interruzione temporanea Nessuna modifica con Prosecuzione della terapia Altro
Esame ematologico	
Conta piastrinica	____/mm^3
Il paziente prosegue il trattamento*	Sì No