

FINE TRATTAMENTO

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

Causa di fine trattamento*	Fallimento terapeutico Infezioni gravi o acute Remissione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal Farmaco Altro
Data di fine trattamento*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Valutazione della risposta	
Valutazione del medico sulla risposta alla terapia in base all'attività di malattia rilevata*	Decisamente migliorato Lievemente migliorato Stabile Lievemente peggiorato Decisamente peggiorato
Numero di cicli ricevuti*	_____
Esame ematologico	
Conta piastrinica*	_____ mm ³

Se il paziente è morto, indicare:

La causa	Malattia Tossicità Altro
Se altro, specificare	_____
Data del decesso	____/____/____ (gg mm aaaa)
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente? *	Si No

se si' compilare modulo ministeriale ADR