

**PROLIA**
**FINE TRATTAMENTO**

<b>I campi contrassegnati con * sono obbligatori.</b>	
Causa di fine trattamento*	Fallimento terapeutico Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco Altro
Data di fine trattamento*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Valori di T-score della BMD femorale o ultrasonografica del calcagno*	_____
Ci sono state nel corso del trattamento delle fratture? *	Si No
Se sì indicare quale*	frattura vertebrale clinica frattura non vertebrale frattura non vertebrale maggiore
Numero di cicli ricevuti*	_____
<b>In caso di decesso, indicare:</b>	
La causa*	Malattia Tossicità Altro
Se altro, specificare*	_____
Data del decesso*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente? *	Si No

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

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma