

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) |
| Risposta ematologica* : | <input type="checkbox"/> Risposta completa (CR, immunofissazione di siero e urine negativa e rapporto kappa / lambda delle catene leggere libere circolanti normale) <input type="checkbox"/> Risposta parziale molto buona (VGPR, dFLC <40 mg/L) <input type="checkbox"/> Risposta parziale (PR, riduzione di dFLC >50%) <input type="checkbox"/> Non risposta ematologica (NR) |
| Risposta cardiaca* : | <input type="checkbox"/> Risposta cardiaca (diminuzione di almeno il 30% e 300 ng/L del NT-proBNP) <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Progressione cardiaca (aumento di almeno il 30% e 300 ng/L del NT-proBNP) |
| Concentrazione delle catene leggere libere circolanti amiloidogeniche* | _____ mg/L |
| dFLC (differenza tra la concentrazione delle catene leggere libere amiloidogeniche e la concentrazione delle catene leggere libere non amiloidogeniche) * | _____ mg/L |
| Rapporto kappa/lambda delle catene leggere libere circolanti* | _____ |
| Specificare il tipo di peptide natriuretico che e' stato misurato* | NT-proBNP BNP |
| Concentrazione di peptide natriuretico * | _____ ng/L |
| Variazione significativa di NT-proBNP rispetto all'esordio* | Risposta (diminuzione di almeno il 30% e 300 ng/L) Stabile Progressione (aumento di almeno il 30% e 300 ng/L) |
| Specificare il tipo di troponina cardiaca che e' stato misurato* | cTnI cTnT Hs-cTnT |
| Concentrazione di troponina* | _____ ng/mL |
| Velocita' di filtrazione glomerulare* | _____ mL/min x 1.73 m2 |
| Proteinuria* | _____ g/24h |



REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

| | |
|--|----------|
| Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* : | _____ |
| Il paziente prosegue il trattamento* : | Sì No |