

DIAGNOSI

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- REVLIMID 648 -**

Utilizzo nei Linfomi diffusi a grandi cellule B e linfomi mantellari MCL recidivati refrattari a precedenti trattamenti chemioterapici per i quali non si ravvisano alternative terapeutiche e non candidabili a trapianto di cellule staminali autologhe o allogeniche.

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

(E)	Diagnosi*	Linfomi diffusi a grandi cellule B Linfomi mantellari MCL recidivati /refrattari Altro
	Se altro specificare:	_____
	Il paziente e' stato gia' trattato con lenalidomide (p.e. in studio clinico, studio compassionevole, ecc)*:	Si No
	Il paziente e' stato gia' trattato con lenalidomide con nulla osta AIFA*:	Si No
	Se Si, numero di cicli effettuati fino al 25/05/2011:	_____
	Performance Status (ECOG)*:	0 1 2 3 4
	ESAME / PARAMETRO* :	Esame clinico Esami ematologici ed ematochimici Aspirato midollare/biopsia osteo midollare
	Criteri di esclusione per potenziale fertilita' (l'Amenorrea conseguente a terapia antitumorale non esclude la potenziale fertilita')	<input type="checkbox"/> Eta' ≥ 50 anni e naturalmente amenorroica da un anno <input type="checkbox"/> Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo <input type="checkbox"/> Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia <input type="checkbox"/> Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina
	Consulto ginecologico (esito):	_____
	In trattamento con contraccettivi orali di tipo combinato*:	Si No
(E)	Informata del potenziale rischio teratogeno per il feto*:	Si No

<p>(E) Informata della necessita' di utilizzare un metodo contraccettivo efficace 4 settimane prima dell'inizio del trattamento, durante il trattamento, durante l'interruzione del trattamento, e per 4 settimane dopo la fine del trattamento con Revlimid, o impegnarsi alla totale e continua astinenza*:</p>	<p>Si No</p>
<p>(E) Informata che, anche in caso di amenorrea, deve attenersi alle indicazioni sulla contraccezione.*:</p>	<p>Si No</p>
<p>(E) Conferma che la paziente e' in grado di seguire le misure contraccettive*:</p>	<p>Si No</p>
<p>(E) Informata delle conseguenze legate ad una gravidanza e della necessita' di interrompere il trattamento e di ricevere un consulto rapidamente se sussiste un rischio di gravidanza*:</p>	<p>Si No</p>
<p>(E) Conferma che la paziente accetta di effettuare il test di gravidanza ad intervalli di 4 settimane a meno di sterilizzazione tubarica confermata*:</p>	<p>Si No</p>
<p>(E) Informata dei rischi e delle necessarie precauzioni connesse all'uso di Revlimid*:</p>	<p>Si No</p>
<p>Consulto per la contraccezione*:</p>	<p>Richiesto consulto Consulto effettuato Consulto completato</p>
<p>(E) Contraccezione*:</p>	<p>Impianto Dispositivo intra uterino Medrossiprogesterone acetato depot sterilizzazione tubarica Rapporti con partner vasectomizzato Pillole a base di solo progestinico Nessuna</p>
<p>Se nessuna, la paziente si impegna a rispettare una totale astinenza sessuale:</p>	<p>Si No</p>
<p>Se Rapporti con partner vasectomizzato, Test del seme:</p>	<p>Positivo Negativo</p>
<p>Data del Test del seme:</p>	<p>___/___/___ (gg/mm/aaaa)</p>
<p>Data di inizio utilizzo metodo contraccettivo* :</p>	<p>___/___/___ (gg/mm/aaaa)</p>
<p>(E) Test di gravidanza*:</p>	<p>Positivo Negativo</p>

Data del test*:		____/____/____ (gg/mm/aaaa)
(E)	Consegnato il 'manuale del paziente' *:	Si No
(E)	Informato della necessita' di non dare il farmaco ad altre persone*:	Si No
(E)	Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Revlimid e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:	Si No
(E)	Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate*:	Si No
Clearance creatinina*:		_____ ml/min
(E)	Paziente refrattario a trattamenti standard e senza alternative terapeutiche*:	Si No
(E)	Paziente non candidabile a trapianto di cellule staminali autologhe o allogeniche*:	Si No
(E)	Precedenti trattamenti chemioterapici*:	Si No
Se si, indicare quali		_____
Emocromo completo		
Conta leucocitaria*:		_____ x 10 ³ /mm ³
Conta piastrinica*:		_____ x 10 ³ mm ³
Emoglobina*:		_____ g/dl
Formula leucocitaria		
Neutrofili*:		_____ %
eosinofili*:		_____ %
basofili*:		_____ %
linfociti*:		_____ %
monociti*:		_____ %