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')	☐ Eta'≥ 50 anni e naturalmente amenorroica da un anno ☐ Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo ☐ Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia ☐ Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina
Consulto ginecologico (esito):	_____
In trattamento con contraccettivi orali di tipo combinato*:	Si No
(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*:	_____ %