

## 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.**

|            |   |  |
|------------|---|--|
| <b>(E)</b> | Diagnosi*   | Linfomi diffusi a grandi cellule B<br>Linfomi mantellari MCL recidivati /refrattari<br>Altro     |
|            | Se altro specificare:   | _____  |
|            | Il paziente e' stato gia' trattato con lenalidomide (p.e. in studio clinico, studio compassionevole, ecc)*:   | Si<br>No   |
|            | Il paziente e' stato gia' trattato con lenalidomide con nulla osta AIFA*:   | Si<br>No   |
|            | Se Si, numero di cicli effettuati fino al 25/05/2011 :  | _____  |
|            | Performance Status (ECOG)*:   | 0<br>1<br>2<br>3<br>4  |
|            | ESAME / PARAMETRO* :  | Esame clinico<br>Esami ematologici ed ematochimici<br>Aspirato midollare/biopsia osteo midollare |
| <b>(E)</b> | Informato della necessita' di utilizzare il profilattico per tutta la durata del trattamento, durante l'interruzione e fino ad una settimana dopo il termine del trattamento se il partner potenzialmente fertile. *: | Si<br>No   |
| <b>(E)</b> | Informato di non fare donazioni di liquido seminale durante il trattamento con Revlimid e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:   | Si<br>No   |
| <b>(E)</b> | Consegnato il 'manuale del paziente' *:   | Si<br>No   |
| <b>(E)</b> | Informato della necessita' di non dare il farmaco ad altre persone*:  | Si<br>No   |



|                             |   |  |
|-----------------------------|---|--|
| (E)                         | Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Revlimid e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*: | Si<br>No                                 |
| (E)                         | Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate*:   | Si<br>No                                 |
|                             | Clearance creatinina*:  | _____ ml/min                             |
| (E)                         | Paziente refrattario a trattamenti standard e senza alternative terapeutiche*:  | Si<br>No                                 |
| (E)                         | Paziente non candidabile a trapianto di cellule staminali autologhe o allogeniche*:   | Si<br>No                                 |
| (E)                         | Precedenti trattamenti chemioterapici*:   | Si<br>No                                 |
|                             | Se si, indicare quali   | Si<br>No                                 |
| <b>Emocromo completo</b>    |   |  |
|                             | Conta leucocitaria*:  | _____ x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> |
|                             | Conta piastrinica*:   | _____ x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> |
|                             | Emoglobina*:  | _____ g/dl                               |
| <b>Formula leucocitaria</b> |   |  |
|                             | Neutrofili*:  | _____ %                                  |
|                             | eosinofili*:  | _____ %                                  |
|                             | basofili*:  | _____ %                                  |
|                             | linfociti*:   | _____ %                                  |
|                             | monociti*:  | _____ %                                  |