

## 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 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
<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 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 No
<b>(E)</b>	Consegnato il 'manuale del paziente' *:	Si No
<b>(E)</b>	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	Si 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*:	_____ %