

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)
Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia* :	<input type="checkbox"/> Esame clinico <input type="checkbox"/> Esami ematologici ed ematochimici <input type="checkbox"/> Aspirato midollare/biopsia osteo midollare <input type="checkbox"/> Altro
Se altro specificare	_____
Stato Malattia Primaria* :	<input type="checkbox"/> Remissione completa <input type="checkbox"/> Remissione parziale <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Progressione <input type="checkbox"/> Recidiva
(E) Funzionalità renale (creatinina)*:	_____ mg/dl
Anemia richiedente supporto trasfusionale dalla valutazione precedente* :	Sì No
Se sì, numero di unità trasfuse:	_____
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*:	_____ %
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____
Il paziente prosegue il trattamento* :	Sì No