


**FINE TRATTAMENTO**

**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**  
**N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg**

Causa di fine trattamento*	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicità* Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco
Data di fine trattamento*	___/___/___ (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"/> Immunofissazione di siero e urine <input type="checkbox"/> Determinazione della concentrazione delle catene leggere libere circolanti <input type="checkbox"/> Quantificazione dei biomarcatori cardiaci <input type="checkbox"/> Altro
Se altro specificare:	_____
<b>Valutazione dello stato della malattia</b>	
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

**Se il paziente è morto, indicare:**

La causa	Malattia Tossicità Altro
Se altro, specificare	_____
Data di morte:	___/___/___ (gg mm aaaa)
La causa di morte e' correlata alla malattia?:	Sì No
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente?*	Sì No <b>se sì' compilare modulo ministeriale ADR</b>
Numero di somministrazioni ricevute* :	_____
Il paziente prosegue il trattamento*	Sì No