

RIVALUTAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA

Codice Paziente _____	Centro _____	Iniz. Paz. _____	Data Registrazione _____	Data di Nascita _____
---------------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Scheda da compilare ogni 2 mesi. I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
Data della rivalutazione* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Stato Malattia Primaria* :	<ul style="list-style-type: none"> - Remissione Completa - Remissione Parziale - Stabile - Progressione - Recidiva
Esame con il quale è stato determinato lo stato della malattia* :	<ul style="list-style-type: none"> - Esame clinico - Esami ematologici ed ematochimici - Aspirato midollare/biopsia osteo midollare - Altro
Se altro, specificare:	_____
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
Formula leucocitaria	
Neutrofili* :	_____ %
eosinofili* :	_____ %
basofili* :	_____ %
linfociti* :	_____ %
monociti* :	_____ %
Conta piastrinica* :	_____ x 10 ⁹ /l
Emoglobina* :	_____ g/dl
Ematocrito* :	_____ %
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____

Il paziente prosegue il trattamento*:

Sì
No

Nome del Medico

Data

Firma