

**RIVALUTAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA**

<b>Codice Paziente</b>	<b>Centro</b>	<b>Iniz. Paz.</b>	<b>Data Registrazione</b>	<b>Data di Nascita</b>
_____	_____	_____	_____	_____

<b>Scheda da compilare ogni 2 mesi.</b> I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
Data della rivalutazione* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Stato Malattia Primaria* :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remissione Completa</li> <li>- Remissione Parziale</li> <li>- Stabile</li> <li>- Progressione</li> <li>- Recidiva</li> </ul>
Esame con il quale è stato determinato lo stato della malattia* :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esame clinico</li> <li>- Esami ematologici ed ematochimici</li> <li>- Aspirato midollare/biopsia osseo midollare</li> <li>- Altro</li> </ul>
Se altro, specificare:	_____
Funzionalità renale (creatinina)* :	_____ mg/dl
Anemia richiedente supporto trasfusionale dalla valutazione precedente* :	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Se sì, numero di unità trasfuse:	_____
<b>Emocromo completo</b>	
Conta leucocitaria* :	_____ x 10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>
<b>Formula leucocitaria</b>	
Neutrofili* :	_____ %
eosinofili* :	_____ %
basofili* :	_____ %
linfociti* :	_____ %
monociti* :	_____ %
Conta piastrinica* :	_____ x 10 <sup>9</sup> /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