

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 *:	<ul style="list-style-type: none"> Si No
Se si, 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