

**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 osteo midollare</li> <li>- Altro</li> </ul>
Se altro, specificare:	_____
Funzionalità renale (creatinina) *:	_____ mg/dl
Anemia richiedente supporto trasfusionale dalla valutazione precedente *:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> </ul>
Se si, 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