

**FINE TRATTAMENTO**

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

**I campi contrassegnati dall'\* sono obbligatori.**

Indicare causa di fine trattamento* :	<a href="#">Fine regolare del trattamento</a> <a href="#">Recidiva</a> <a href="#">Progressione</a> <a href="#">Morte</a> <a href="#">Tossicità</a> <a href="#">Trasferimento</a> <a href="#">Gravidanza</a> <a href="#">Non somministrazione</a> <a href="#">Causa non dipendente dal farmaco</a> <a href="#">Altro (decisione clinica)</a>
---------------------------------------	---

Data di fine trattamento* :	____/____/____(gg/mm/aaaa)
-----------------------------	----------------------------

**Valutazione dello stato della malattia:**

Stato Malattia Primaria* :	<a href="#">Remissione Completa</a> <a href="#">Remissione Parziale</a> <a href="#">Stabile</a> <a href="#">Progressione</a> <a href="#">Recidiva</a>
----------------------------	---

Esame che ha determinato lo stato della malattia* :	<a href="#">Esame clinico</a> <a href="#">Esami ematologici ed ematochimici</a> <a href="#">Aspirato midollare/biopsia osteo midollare</a> <a href="#">Altro</a>
---	---

Data* :	____/____/____(gg/mm/aaaa)
---------	----------------------------

Numero di somministrazioni ricevute* :	_____
--	-------

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*	<a href="#">Sì</a> <a href="#">No</a> <b>se si' compilare il modulo ministeriale</b>
---	--

**Se il paziente e' morto, indicare:**

La causa:	<a href="#">Malattia</a> <a href="#">Tossicità</a> <a href="#">Altro</a>
-----------	--

Se altro, specificare:	_____
------------------------	-------

Data di morte:	____/____/____(gg/mm/aaaa)
----------------	----------------------------

La causa di morte è correlata alla malattia?:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
---	---

 \_\_\_\_\_  
 Nome del Medico

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma