

DIAGNOSI

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

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- REVLIMID -**

- **REVLIMID in associazione con desametasone è indicato per il trattamento di pazienti con mieloma multiplo sottoposti ad almeno una precedente terapia.**

I campi contrassegnati dalla lettera **(E)** sono determinanti per l'eleggibilità.
I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

| | | |
|------------|---|---|
| (E) | Diagnosi*: | Mieloma multiplo Recidivato Mieloma multiplo Refrattario |
| (E) | Precedenti linee di trattamento*: | 1 2 3 4 Oltre 4 |
| (E) | Trattamenti precedenti*: | <input type="checkbox"/> MP/MPT <input type="checkbox"/> Trapianto <input type="checkbox"/> HDD <input type="checkbox"/> Talidomide <input type="checkbox"/> Bortezomib (VELCADE) <input type="checkbox"/> Altro |
| | Se altro specificare: | _____ |
| | Il paziente è stato già trattato con lenalidomide (p.e. in studio clinico, studio compassionevole, ecc)*: | Sì No |
| | Performance Status alla diagnosi (ECOG)*: | 0 1 2 3 4 |
| | ESAME / PARAMETRO* : | Esame clinico Esami ematologici ed ematochimici Quadro proteico Aspirato midollare/biopsia osteo midollare RX scheletro PET RMN TAC Scintigrafia ossea Ecografia Altro |
| | Data dell'esame di riferimento* : | ____/____/____ (gg/mm/aaaa) |
| | Proteina M*: | _____ g/dl |

| | |
|---|---|
| (E) Il farmaco verrà somministrato in associazione con:* | Desametasone Altro |
| Se altro specificare: | |
| Paziente donna potenzialmente fertile | |
| <p>Criteri di esclusione per potenziale fertilità: (l'Amenorrea conseguente a terapia antitumorale non esclude la potenziale fertilità)</p> | <input type="checkbox"/> Età ≥ 50 anni e naturalmente amenorroica da un anno <input type="checkbox"/> Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo <input type="checkbox"/> Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia <input type="checkbox"/> Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina |
| Consulto ginecologico (esito): | _____ |
| In trattamento con contraccettivi orali di tipo combinato*: | Sì No |
| (E) Informata del potenziale rischio teratogeno per il feto*: | Sì No |
| (E) Informata della necessità di utilizzare un metodo contraccettivo efficace 4 settimane prima dell'inizio del trattamento, durante il trattamento, durante l'interruzione del trattamento, e per 4 settimane dopo la fine del trattamento con Revlimid, o impegnarsi alla totale e continua astinenza*: | Sì No |
| (E) Informata che, anche in caso di amenorrea, deve attenersi alle indicazioni sulla contraccezione*: | Sì No |
| (E) Conferma che la paziente è in grado di seguire le misure contraccettive*: | Sì No |
| (E) Informata delle conseguenze legate ad una gravidanza e della necessità di interrompere il trattamento e di ricevere un consulto rapidamente se sussiste un rischio di gravidanza*: | Sì No |
| (E) Conferma che la paziente accetta di effettuare il test di gravidanza ad intervalli di 4 settimane a meno di sterilizzazione tubarica confermata*: | Sì No |
| (E) Informata dei rischi e delle necessarie precauzioni connesse all'uso di Revlimid*: | Sì No |

| | |
|---|--|
| Consulto per la contraccezione*: | - Richiesto consulto - Consulto effettuato - Consulto completato |
| (E) Contraccezione*: | - Impianto - Dispositivo intra uterino - Medrossiprogesterone acetato depot - Sterilizzazione tubarica - Rapporti con partner vasectomizzato - Pillole a base di solo progestinico - Nessuna |
| Se nessuna, la paziente si impegna a rispettare una totale astinenza sessuale: | Sì No |
| Se Rapporti con partner vasectomizzato, Test del seme: | Sì No |
| Data del Test del seme: | ____/____/____(gg/mm/aaaa) |
| Data di inizio utilizzo metodo contraccettivo* : | ____/____/____(gg/mm/aaaa) |
| (E) Test di gravidanza*: | Positivo Negativo |
| Data del test* : | ____/____/____(gg/mm/aaaa) |
| (E) Consegnato il "manuale del paziente" | Sì No |
| (E) Informato della necessità di non dare il farmaco ad altre persone*: | Sì No |
| (E) Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Revlimid e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*: | Sì No |
| (E) Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate*: | Sì No |
| | |
| Anamnesi positiva per tromboembolia venosa o embolia polmonare*: | Sì No |
| Precedenti terapie con agenti eritropoietici*: | Sì No |
| Emocromo completo | |
| Conta leucocitaria*: | _____ x 10 ³ /mm ³ |
| Formula leucocitaria | |
| Neutrofili*: | _____ % |
| eosinofili*: | _____ % |
| basofili*: | _____ % |

| | |
|------------------------|--|
| linfociti*: | _____ % |
| monociti*: | _____ % |
| Conta piastrinica*: | _____ x 10 ³ /mm ³ |
| Emoglobina*: | _____ g/dl |
| Ematocrito*: | _____ % |
| Clearance creatinina*: | _____ ml/min |

Nome del Medico

Data

Firma