

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 maschio	
(E) Informato della necessità di utilizzare il profilattico per tutta la durata del trattamento, durante l'interruzione e fino ad una settimana dopo il termine del trattamento se il partner è potenzialmente fertile. *:	Si No
(E) Informato di non fare donazioni di liquido seminale durante il trattamento con Revlimid e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:	Si No
(E) Consegnato il "manuale del paziente" *:	Si No
(E) Informato della necessità di non dare il farmaco ad altre persone*:	Si No
(E) Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Revlimid e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:	Si No
(E) Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate*:	Si No
Anamnesi positiva per tromboembolia venosa o embolia polmonare*:	Si No
Precedenti terapie con agenti eritropoietici*:	Si No
Anamnesi positiva per tromboembolia venosa o embolia polmonare*:	Si 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