

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 molto buona(Very Good PR) - 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 - Quadro proteico - Aspirato midollare/biopsia osteo midollare - RX scheletro - PET - RMN - TAC - Scintigrafia ossea - Ecografia - Altro
Se altro, specificare:	_____
Proteina M*:	_____ g/dl
Emocromo completo	
Conta leucocitaria*:	_____ x 10 ⁹ /l
Formula leucocitaria	
Neutrofili*:	_____ %
eosinofili*:	_____ %
basofili*:	_____ %
linfociti*:	_____ %
monociti*:	_____ %
Conta piastrinica*:	_____ x 10 ⁹ /l
Emoglobina*:	_____ g/dl
Ematocrito*:	_____ %

Se altro, specificare:	_____
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	
Il paziente prosegue il trattamento*:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

Nome del Medico

Data

Firma