

**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* :	Fine regolare del trattamento Recidiva Progressione Morte Tossicità Trasferimento Gravidanza Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco Altro (decisione clinica)
---------------------------------------	---

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

**Valutazione dello stato della malattia:**

Stato Malattia Primaria* :	Remissione Completa Remissione Parziale molto buona (Very good PR) Remissione Parziale Stabile Progressione Recidiva
----------------------------	---

Esame che ha determinato lo stato della malattia* :	Esame clinico Esami ematologici ed ematochimici Quadro proteico Aspirato midollare/biopsia osteo midollare RX scheletro PET RMN TAC Scintigrafia ossea Ecografia Altro
---	--

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

Proteina M* :	_____ g/dl
---------------	------------

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

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente* :	Sì No <b>se si' compilare il modulo ministeriale</b>
---	--

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

La causa:	Malattia Tossicità Altro
-----------	--------------------------------

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