

**FINE TRATTAMENTO**

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

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

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Indicare causa di fine trattamento* : | Fine regolare del trattamento<br>Recidiva<br>Progressione<br>Morte<br>Tossicità<br>Trasferimento<br>Gravidanza<br>Non somministrazione<br>Causa non dipendente dal farmaco<br>Altro (decisione clinica) |
| Data di fine trattamento* :           | ____/____/____(gg/mm/aaaa)  |

**Valutazione dello stato della malattia:**

|   |  |
|---|--|
| Stato Malattia Primaria* :                                  | Remissione Completa<br>Remissione Parziale molto buona (Very good PR)<br>Remissione Parziale<br>Stabile<br>Progressione<br>Recidiva  |
| Esame che ha determinato lo stato della malattia* :         | Esame clinico<br>Esami ematologici ed ematochimici<br>Quadro proteico<br>Aspirato midollare/biopsia osteo midollare<br>RX scheletro<br>PET<br>RMN<br>TAC<br>Scintigrafia ossea<br>Ecografia<br>Altro |
| Data* :   | ____/____/____(gg/mm/aaaa)   |
| Proteina M* :   | _____ g/dl   |
| Numero di somministrazioni ricevute* :                      | _____  |
| Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente* : | Sì<br>No<br><b>se si' compilare il modulo ministeriale</b>   |

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

|   |   |
|---|---|
| La causa:                                     | Malattia<br>Tossicità<br>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