

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

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

se si' compilare il modulo ministeriale
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