

RIVALUTAZIONE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.
N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

| | |
|--|--|
| Data della rivalutazione* | ____/____/____ (gg mm aaaa) |
| Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione | _____ |
| La paziente e' in stato di gravidanza? | Sì No |
| Esame obiettivo del clinico | |
| Il paziente risulta* | Decisamente migliorato Lievemente migliorato Stabile Lievemente peggiorato Decisamente peggiorato |
| Il paziente ha avuto infezioni gravi o maligne, ADR o altro* | Sì No |
| se si, specificare | Cambiamento della dose Interruzione permanente Interruzione temporanea Nessuna modifica con prosecuzione della terapia Altro |
| Esame ematologico | |
| Transaminasi di 3 volte superiore ai valori normali? | Sì No |
| progressivi? | Sì No |
| persistono per ≥ 4 settimane? | Sì No |
| sono accompagnati da un aumento della bilirubina diretta? | Sì No |
| sono accompagnati da sintomi clinici di danno epatico o evidenze di scompenso epatico? | Sì No |
| Conta piastrinica | _____/mm ³ |
| Il paziente prosegue il trattamento* | Sì No |