



Centro	Codice Paziente	Nome Cognome	Data di nascita	Data di reg.
-----	-----	-----	--/--/----	--/--/----

RIVALUTAZIONE	
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.	
Data della rivalutazione*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Giudizio del paziente sul proprio complessivo stato di salute espresso mediante Scala analogica*	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Valutazione del medico sulla risposta alla terapia in base all'attività di malattia rilevata*	Bassa attività di malattia Moderata attività di malattia Elevata attività di malattia
Il paziente prosegue il trattamento*	Sì No