

Anticoagulanti:	Sì No
Se sì, specificare:	Dicumarolici Eparina Altro
Steroidi:	Sì No
Androgeni:	Sì No
Antidolorifici:	Sì No
Il paziente ha ricevuto altri trattamenti medici oltre a Soliris?*	Sì No
Se sì, specificare:	_____
Trasfusioni*:	Sì No
Se sì, specificare:	Dipendente Occasionale
N. di unità trasfuse negli ultimi 3 mesi:	_____
Il paziente ha sviluppato:	
anemia aplastica*:	Sì No
episodi tromboembolici*:	Sì No
episodi emorragici*:	Sì No
Dati di laboratorio	
Hb*:	_____ g/dl
LDH*:	_____ U/L
Beneficio ottenuto dalla terapia con SOLIRIS*:	grande beneficio clinico moderato beneficio clinico nessun beneficio clinico
Il paziente ha ottenuto dalla terapia con SOLIRIS*:	<input type="checkbox"/> controllo completo dell'emolisi intravascolare <input type="checkbox"/> controllo parziale dell'emolisi intravascolare, richiedente modifica del dosaggio e/o dell'intervallo tra le somministrazioni <input type="checkbox"/> miglioramento dell'anemia <input type="checkbox"/> ridotto bisogno di trasfusioni
INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FARMACOVIGILANZA	
Si sono verificate sospette reazioni avverse?*	Sì N.B.: Se si sono verificate sospette reazioni avverse compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente. No
Si sono verificati effetti collaterali imputabili al farmaco?*	Sì No

Orticaria:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Gonfiore al viso, alle labbra o alla lingua:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Difficoltà respiratoria:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Infezione delle vie urinarie:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Infezione delle alte vie respiratorie:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Mal di gola e ipersecrezione nasale:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Brividi di freddo:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Mal di testa:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Capogiri:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Nausea:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Vomito:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Diarrea:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Dolori alle articolazioni:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Febbre:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Stanchezza:	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Allergia grave (ipersensibilità):	Sì No	<input type="checkbox"/> Persistente
Altro:	Sì No	Se sì, specificare: _____
Si sono verificate infezioni opportunistiche?*	Sì No	
Terapia antibiotica per infezioni opportunistiche?:	Sì No	
Infezioni*:	Sì No	
Se sì, specificare:		_____
Terapia antibiotica per infezioni?:	Sì No	
Neoplasie*:	Sì No	

Se sì, specificare:	_____
Alterazioni ematologiche*:	Sì No
Se sì, specificare:	_____
Si sono sviluppati anticorpi neutralizzanti (immunogenicità)*:	Sì No Non rilevato
Ricoveri in ospedale*:	Sì No
Se sì, specificare:	<input type="checkbox"/> Complicanze trombotiche <input type="checkbox"/> Insufficienza midollare <input type="checkbox"/> Complicanze emorragiche <input type="checkbox"/> Grave effetto collaterale del farmaco <input type="checkbox"/> Altro
Se altro, specificare:	_____

Data

Timbro e firma del medico