

FOLLOW UP

I campi contrassegnati con*sono obbligatori.		
Data della visita*:	/(gg mm aaaa)	
Follow up del mese*:	O _{3°} O _{6°} O _{9°} O _{12°} O _{15°} O _{18°}	
Stato del paziente*:	Vivo Deceduto Perso al follow up	
In caso di decesso, indicare:		
Causa:	Episodi tromboembolici Complicanze infettive Complicanze emorragiche Reazioni da ipersensibilità Neoplasie Altro	
Specificare altre cause:		
La causa di morte è correlata alla terapia?:	Osì Ono	
Data del decesso:	/(gg mm aaaa)	
TRA	ATTAMENTO	
Data inizio terapia con Soliris*:	/(gg mm aaaa)	
Numero di somministrazioni di Soliris*:		
Prosegue terapia con Soliris*:	Sì, con la stessa posologia Sì, con modifica della posologia No, compilare scheda fine trattamento - I pazienti che sospendono la terapia con Soliris devono essere monitorati per almeno 8 settimane per rilevare grave emolisi e altre reazioni	
Posologia:	mg	
Il paziente ha ricevuto altre terapie farmacologiche oltre a Soliris*:	Sì	
Immunosoppressione*:	Sì No	
Se sì, specificare:	Globulina antilinfocitaria	
Se altro, specificare:		
Agenti stimolanti l'eritropoiesi:	Sì No	
Se sì, specificare:	Eritropoietina Altro	

Follow Up 1/4

	Anticoagulanti:	Sì No		
	Se sì, specificare:	Dicumarolici Eparina Altro		
	Steroidi:	Sì No		
	Androgeni:	Sì No		
	Antidolorifici:	Sì No		
	ruto altri trattamenti dici oltre a Soliris?*:			
	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		
episo	di tromboembolici*:	Sì No		
•	episodi emorragici*:	Sì No		
Dati di laboratorio				
Hb*:	g/dl	LDH*: U/L		
Beneficio otteni	uto dalla terapia con SOLIRIS*:	grande beneficio clinico moderato beneficio clinico nessun beneficio clinico		
II paziente ha otteni	uto dalla terapia con SOLIRIS*:	 □ controllo completo dell'emolisi intravascolare □ controllo parziale dell'emolisi intravascolare, richiedente modifica del dosaggio e/o dell'intervallo tra le somministrazioni □ miglioramento dell'anemia □ ridotto bisogno di trasfusioni 		
INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FARMACOVIGILANZA				
Si sono verifica	ate sospette reazioni avverse?*:	Sì N.B.: Se si sono verificate sospette reazioni avverse compilare la scheda di segnalazione ADR Ministeriale come da Normativa vigente.		
	cati effetti collaterali utabili al farmaco?*:			

Follow Up 2/4

Orticaria:	Sì No	■Persistente
Gonfiore al viso, alle	Sì	□Persistente
labbra o alla lingua: Difficoltà		
respiratoria:		■Persistente
Infezione delle vie urinarie:		Persistente
Infezione delle alte vie respiratorie:		Persistente
Mal di gola e ipersecrezione nasale:	Sì No	□Persistente
Brividi di freddo:	Sì No	□Persistente
Mal di testa:	Sì No	Persistente
Capogiri:	Sì No	Persistente
Nausea:	Sì No	Persistente
Vomito:	Sì No	Persistente
Diarrea:	Sì No	Persistente
Dolori alle articolazioni:		Persistente
Febbre:	Sì No	Persistente
Stanchezza:	Sì No	Persistente
Allergia grave (ipersensibilità):		Persistente
Altro:	Sì No	Se sì, specificare:
Si son	o verificate infezioni opportunistiche?*:	
Terapia ant	ibiotica per infezioni opportunistiche?:	
	Infezioni*:	Sì No
	Se sì, specificare:	
Terapia antib	iotica per infezioni?:	Sì No
	Neoplasie*:	Sì No

Follow Up 3/4

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:	 □ Complicanze trombotiche □ Insufficienza midollare □ Complicanze emorragiche □ Grave effetto collaterale del farmaco □ Altro
Se altro, specificare:	

Data Timbro e firma del medico

Follow Up 4/4