

DATI CLINICI - ELEGGIBILITA'

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.	
Data della visita di valutazione pre-trattamento*:	____/____/____ (gg mm aaaa)
(E) Diagnosi*:	- Emoglobinuria parossistica Notturna Classica - Emoglobinuria parossistica Notturna associata ad altra patologia ematologica - Altra patologia
Se altra patologia, specificare:	_____
Data di esordio (mese ed anno)*:	____/____ (mm aaaa) <input type="checkbox"/> Non rilevabile
Data di diagnosi*:	____/____/____ (gg mm aaaa)
Emolisi intravascolare clinicamente significativa*:	Sì No
Se sì, specificare	
Anemia severa, trasfusione dipendente*:	Sì No
Anemia severa, trasfusioni occasionali*:	Sì No
Crisi emoglobinuriche frequenti*:	Sì No
Trombosi precedenti*:	Sì No
Storia di anemia aplastica*:	Sì No
Storia di altri disordini ematologici*:	Sì No
Se sì, specificare:	_____
Funzionalità renale alterata*:	Sì No
Dati di laboratorio	
Emocromo	
Hb*:	_____ g/dl
RBC*:	_____ 10 ¹² /L
MCV*:	_____ fL
Reticolociti*:	_____ %
WBC*:	_____ 10 ⁹ /L

neutrofili*:	_____ %
eosinofili*:	_____ %
basofili*:	_____ %
linfociti*:	_____ %
monociti*:	_____ %
Plt*:	_____ x 10 ⁹ /l
LDH*:	_____ U/L
Bilirubina Tot*:	_____ mgr/dl
Bilirubina Diretta*:	_____ mgr/dl
Studio citofluorimetrico (sangue periferico)	
globuli rossi EPN*:	_____ %
granulociti EPN*:	_____ %
(E) Infezioni non controllate in atto*:	Sì No
(E) Consegna della carta di "allerta" su Soliris*:	Sì No
(E) Vaccinazione antimeningococcica*:	Sì No
(E) Data di vaccinazione:	___/___/___ (gg mm aaaa)
Data prevista per la prima somministrazione*:	___/___/___ (gg mm aaaa)
(E) Deficit ereditario del complemento, noto o sospetto*:	Sì No
Gravidanza in atto*:	Sì No
Metodi contraccettivi*:	Sì No
Terapie farmacologiche precedenti e/o concomitanti*:	Sì No
Immunosoppressione*:	Sì, terapia precedente Sì, terapia in corso No
Se sì, specificare:	Globulina antilinfocitaria Ciclosporina A Altro

Se altro, specificare:	_____
Agenti stimolanti l'eritropoiesi:	Sì, terapia precedente Sì, terapia in corso No
Se sì, specificare:	Eritropoietina Altro
Se altro, specificare:	_____
Anticoagulanti:	Sì, terapia precedente Sì, terapia in corso No
Se sì, specificare:	Dicumarolici Eparina Altro
Se altro, specificare:	_____
Steroidi:	Sì, terapia precedente Sì, terapia in corso No
Androgeni:	Sì, terapia precedente Sì, terapia in corso No
Antidolorifici:	Sì, terapia precedente Sì, terapia in corso No
Il paziente è in regime 648?:	Sì No
(E) Trasfusioni*:	Sì No - I pazienti senza storia di trasfusione risultano elggibili solo se trattati in regime 648
Se sì, specificare:	Dipendente Occasionale
N. di unità trasfuse negli ultimi 6 mesi:	_____
Il paziente ha ricevuto altri trattamenti medici oltre a Soliris*:	Sì No
Se sì, specificare:	_____ _____
Il paziente è stato precedentemente trattato in regime 648?*	Sì No
Se sì, data di inizio terapia:	____/____/____(gg mm aaaa)

Data

Timbro e firma del medico