

FINE TRATTAMENTO

I campi contrassegnati con* sono obbligatori.

I pazienti che sospendono la terapia con Soliris devono essere monitorati per almeno 8 settimane per rilevare grave emolisi e altre reazioni

Causa di fine trattamento*:	Remissione clinica spontanea Inefficacia Indicazione a trapianto di cellule staminali allogeniche Eventi Avversi Effetti collaterali Mancato inizio terapia mancata (o scarsa) adesione alla terapia Gravidanza Decesso perdita al follow-up Trasferimento Altro
Data di fine trattamento*:	____/____/____(gg mm aaaa)
Numero di somministrazioni:	_____

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?:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Data del decesso:	____/____/____(gg mm aaaa)

Data

Timbro e firma del medico