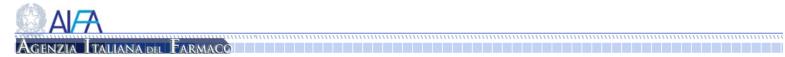


REGISTRO DEI FARMACI ORFANI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

FOLLOW UP

I campi contrassegnati con * sono obbligatori. N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Data della visita*	/(gg mm aaaa)	
Ctate del paziente*	Vivo Deceduto Perso al follow up	
Anomalie riscontrate (in sede di diagnosi) :		
Indicare eventuali aggiornamenti riguardo alla patogenesi (ad es. mutazioni), se noti :		
TRATTAMENTO		
In caso stato del paziente vivo, indicare:		
Il paziente è attualmente*:	in remissione ed in terapia In remissione con terapia interrotta con malattia attiva in terapia con malattia attiva con terapia interrotta	
Indicare la data dell'ultima dose	/(gg mm aaaa)	
Trombocitopenia	Sì No	
Schistociti rilevabili in quantità significativa		
Inserire il valore numerico dell'aptoglobina :	mg/dL	
Il paziente *:	ha funzione renale normale È in insufficienza renale cronica E' in dialisi cronica trapiantato	
Inserire il valore numerico di sCr *:	mg/dL	
Prosegue (o riprende) terapia con Soliris*:		
In caso di decesso, indicare:		
Caus	Scompenso cardiaco Complicanze infettive a: Complicanze emorragiche Altro	



Nome del Medico

REGISTRO DEI FARMACI ORFANI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

RO DEI FARMACI ORFANI SOI IOPOSII A MONITORAGGIO		
La causa di morte è correlata alla patologia?:	Sì No	
La causa di morte è correlata alla terapia?:	Sì No	
Data del decesso	/(gg mm aaaa)	
Si sono verificate sospette reazioni avverse?*:		

Data

Firma