

**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)
Stato 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 :	_____
<b>TRATTAMENTO</b>	
<b>In caso stato del paziente vivo, indicare:</b>	
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	Sì No
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*:	Sì No
<b>In caso di decesso, indicare:</b>	
Causa:	Scompenso cardiaco Complicanze infettive Complicanze emorragiche Altro

REGISTRO DEI FARMACI ORFANI SOTTOPOSTI 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?*	Sì No

\_\_\_\_\_  
Nome del Medico

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma