

## DIAGNOSI

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE  
- SPRYCEL -**

**Trattamento di adulti con leucemia mieloide cronica (LMC), con cromosoma Philadelphia positivo di nuova diagnosi in fase cronica.**

**I campi contrassegnati dalla lettera (E) sono determinanti per l'eleggibilità.  
I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**

	Data della diagnosi iniziale* :	___/___/___(gg/mm/aaaa)
<b>(E)</b>	Diagnosi*	Leucemia mieloide cronica (Ph+) Altro
	se altro, specificare	_____
<b>(E)</b>	Se Leucemia mieloide cronica con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+)* :	Paziente con nuova diagnosi non pretrattato Paziente già trattato
<b>(E)</b>	Se Leucemia mieloide cronica con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+)* :	Fase cronica Fase accelerata Fase blastica
	Score di Sokal* :	Basso rischio Rischio intermedio Alto Rischio

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

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma