

**FINE TRATTAMENTO**

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

Indicare causa di fine trattamento*	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco
Data di fine trattamento*	____/____/____(gg mm aaaa)
<b>Valutazione dello stato della malattia:</b>	
Stato malattia* :	Remissione ematologica completa Remissione ematologica minore Progressione Risposta citogenetica completa Risposta citogenetica parziale Risposta citogenetica minore Risposta citogenetica assente Risposta citogenetica non valutata Risposta molecolare completa Risposta molecolare maggiore Risposta molecolare non valutata
Se valutazione non effettuata indicare motivazione :	_____
Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia* :	PET RMN TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Mammografia Rx. Torace Emocromo Altro
Data*	____/____/____(gg mm aaaa)
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione*:	_____
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*:	Si No <b>se si compilare il modulo ministeriale</b>

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

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma