DIAGNOSI

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	_____	_____

INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- SPRYCEL-

- **Trattamento di adulti con leucemia mieloide cronica (LMC), in fase cronica, accelerata o in fase blastica con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia comprendente imatinib mesilato.**
- **Trattamento di adulti affetti da leucemia linfoblastica acuta (LLA) con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+) ed LMC in fase blastica linfoide con resistenza o intolleranza ad una precedente terapia.**

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

Data della diagnosi iniziale* :	_____/_____/_____(gg/mm/aaaa)
Il paziente è stato già trattato con Sprycel?* :	Sì No
Se sì, data dell'ultima somministrazione:	_____/_____/_____(gg/mm/aaaa)
Se già trattato con Sprycel, indicare la motivazione della ripresa del trattamento:	_____
(E) Diagnosi* :	Leucemia mieloide cronica Leucemia linfoblastica acuta (Ph+) Leucemia mieloide cronica in fase blastica linfoide Altro
Se altro, specificare:	_____
(E) Se Leucemia mieloide cronica* :	Fase cronica Fase accelerata Fase blastica Altro
Se altro, specificare:	_____
(E) Precedente terapia con Imatinib* :	Sì No
(E) Altre precedenti terapie* :	Sì No
Descrivere le precedenti terapie:	_____
(E) Motivo del fallimento delle precedenti terapie (compreso Imatinib):	Resistenza Intolleranza Altro

Se altro, specificare:	_____
Performance Status alla diagnosi (ECOG)* :	0 1 2 3 4
ESAME / PARAMETRO* :	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Emocromo Altro
Data dell'esame di riferimento* :	_____/_____/_____(gg/mm/aaaa)
Valori Emometrici	
HB* :	_____ **g/dl**
PLT* :	_____ **n/mmc**
Leucociti* :	_____ **n/mmc**
Altri esami :	_____

_____	_____	_____
Nome del Medico	Data	Firma