

FINE TRATTAMENTO

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

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)
Valutazione dello stato della malattia	
Risposta ematologica* :	<input type="checkbox"/> Risposta completa (CR, immunofissazione di siero e urine negativa e rapporto kappa / lambda delle catene leggere libere circolanti normale) <input type="checkbox"/> Risposta parziale molto buona (VGPR, dFLC <40 mg/L) <input type="checkbox"/> Risposta parziale (PR, riduzione di dFLC >50%) <input type="checkbox"/> Non risposta ematologica (NR)
Risposta cardiaca* :	<input type="checkbox"/> Risposta cardiaca (diminuzione di almeno il 30% e 300 ng/L del NT-proBNP) <input type="checkbox"/> Stabile <input type="checkbox"/> Progressione cardiaca (aumento di almeno il 30% e 300 ng/L del NT-proBNP)
Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia* :	<input type="checkbox"/> Immunofissazione di siero e urine <input type="checkbox"/> Determinazione della concentrazione delle catene leggere libere circolanti <input type="checkbox"/> Quantificazione dei biomarcatori cardiaci <input type="checkbox"/> Altro
Se altro, specificare:	_____
Data* :	___/___/___ (gg mm aaaa)

Se il paziente è morto, indicare:

La causa	Malattia Tossicità Altro
Se altro, specificare	_____
Data di morte:	___/___/___ (gg mm aaaa)
La causa di morte e' correlata alla malattia?:	Si No
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente?*	Si No se sì' compilare modulo ministeriale ADR
Numero di somministrazioni ricevute* :	_____