



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 si' compilare modulo ministeriale ADR
--	---

Numero di somministrazioni ricevute* :	_____
--	-------