

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

Data della rivalutazione*	____/____/____ (gg mm aaaa)
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)
Concentrazione delle catene leggere libere circolanti amiloidogeniche*	_____ mg/L
dFLC (differenza tra la concentrazione delle catene leggere libere amiloidogeniche e la concentrazione delle catene leggere libere non amiloidogeniche) *	_____ mg/L
Rapporto kappa/lambda delle catene leggere libere circolanti*	_____
Specificare il tipo di peptide natriuretico che e' stato misurato*	NT-proBNP BNP
Concentrazione di peptide natriuretico *	_____ ng/L
Variazione significativa di NT-proBNP rispetto all'esordio*	Risposta (diminuzione di almeno il 30% e 300 ng/L) Stabile Progressione (aumento di almeno il 30% e 300 ng/L)
Specificare il tipo di troponina cardiaca che e' stato misurato*	cTnI cTnT Hs-cTnT
Concentrazione di troponina*	_____ ng/mL
Velocita' di filtrazione glomerulare*	_____ mL/min x 1.73 m2
Proteinuria*	_____ g/24h



REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____
Il paziente prosegue il trattamento* :	Sì No