

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE**  
**- THALIDOMIDE 648 -**

- **Utilizzo nel trattamento di Mieloma Multiplo in prima linea per VTD nel paziente candidabile a trapianto autologo**

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

<b>(E)</b>	Diagnosi*	Mieloma Multiplo in I linea (regime VTD) per pazienti candidabili al trapianto autologo Altro
	Criteri di esclusione per potenziale fertilita' (l'Amenorrea conseguente a terapia antitumorale non esclude la potenziale fertilita')	<input type="checkbox"/> Eta' ≥ 50 anni e naturalmente amenorroica da un anno <input type="checkbox"/> Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo <input type="checkbox"/> Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia <input type="checkbox"/> Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina
	Consulto ginecologico (esito):	_____
	In trattamento con contraccettivi orali di tipo combinato*:	Si No
<b>(E)</b>	Consegnato il 'manuale del paziente'*:	Si No
<b>(E)</b>	Informato della necessita' di non dare il farmaco ad altre persone*:	Si No
<b>(E)</b>	Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Thalidomide Celgene® e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:	Si No
<b>(E)</b>	Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate*:	Si No
	Pazienti gia' in trattamento con regime VTD	Si No
	Se si Numero di cicli effettuati	_____ 1ciclo=21 giorni
<b>(E)</b>	Se Il paziente e' gia' in trattamento, inserire la rivalutazione dello stato della malattia (alla data dell'inserimento della scheda Diagnosi nel Registro)	Remissione completa Remissione completa Stabile Progressione



## REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

Performance Status (ECOG)*:	0 1 2 3 4
ESAME/PARAMETRO*	Esame clinico Esami ematologici ed ematochimici Quadro proteico Aspirato midollare/biopsia osteo midollare Rx scheletro PET RMN TAC Scintigrafia ossea Ecografia Altro
Proteina M *	_____ g/dl
(E) Il farmaco sara' somministrato in associazione a Bortezomib e Desametasone*:	Si No
(E) Il paziente verra' sottoposto a trapianto con cellule staminali nei prossimi 6 mesi*:	Si No

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

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma