

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- THALIDOMIDE 648 -**

Utilizzo nel trattamento di mantenimento Mieloma Multiplo

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

(E) Diagnosi*	Mieloma Multiplo Mantenimento 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
(E) Informata del potenziale rischio teratogeno per il feto*:	Si No
(E) Informata della necessita' di utilizzare un metodo contraccettivo efficace 4 settimane prima dell'inizio del trattamento, durante il trattamento, durante l'interruzione del trattamento, e per 4 settimane dopo la fine del trattamento con Thalidomide Celgene®, o impegnarsi alla totale e continua astinenza*:	Si No
(E) Informata che, anche in caso di amenorrea, deve attenersi alle indicazioni sulla contraccezione*:	Si No
(E) Conferma che la paziente e' in grado di seguire le misure contraccettive*:	Si No
(E) Informata delle conseguenze legate ad una gravidanza e della necessita' di interrompere il trattamento e di ricevere un consulto rapidamente se sussiste un rischio di gravidanza*:	Si No

(E) 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
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 *	_____
Il paziente ha effettuato trapianto di cellule staminali negli ultimi 6 mesi:*	Si No

 Nome del Medico

 Data

 Firma