

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- THALIDOMIDE 648 -**

Mieloma Multiplo Mantenimento

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

(E) Diagnosi*	Mieloma Multiplo Mantenimento Altro
(E) informato della necessita' di utilizzare il profilattico per tutta la durata del trattamento, durante l'interruzione e fino ad una settimana dopo il termine del trattamento se il partner potenzialmente fertile. *:	Si No
(E) informato di non fare donazioni di liquido seminale durante il trattamento con Thalidomide Celgene® e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:	Si No
(E) Consegnato il 'manuale del paziente' *:	Si No
(E) informato della necessita' di non dare il farmaco ad altre persone*:	Si No
(E) informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Thalidomide Celgene® e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:	Si No
(E) informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate*:	Si No
Il paziente e' gia' in trattamento con Thalidomide * :	Si No
Se si Numero di cicli effettuati	_____
(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 *	_____
(E) Il paziente ha effettuato trapianto di cellule staminali negli ultimi 6 mesi: *	Si No

Nome del Medico

Data

Firma