

**FINE TRATTAMENTO**

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

Indicare 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)
<b>Valutazione dello stato della malattia</b>	
Stato Malattia*	Remissione Completa Libero da malattia Remissione Parziale Stabile Progressione Ricaduta Malattia metastatica Seconda Neoplasia Maligna Valutazione non effettuata Remissione ematologica completa Remissione ematologica parziale
Se valutazione non effettuata indicare motivazione	_____
Esame che ha determinato lo stato della malattia*	PET RMN TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Esame ematologico Mammografia Rx. torace Altro
Data *	___/___/___ (gg mm aaaa)
Numero di somministrazioni ricevute* :	_____

**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?:	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente?*	Si No

**se si' compilare modulo ministeriale ADR**