DIAGNOSI

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	_____	_____

I campi contrassegnati dalla lettera **(E)** sono determinanti per l'eleggibilità. I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
(E) Diagnosi*:	Mieloma multiplo non trattato Altro
(E) Paziente idoneo a chemioterapia a dosi elevate *:	Sì No
Performance Status alla diagnosi (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
Data dell'esame di riferimento* :	_____/_____/_____(gg/mm/aaaa)
Proteina M*:	_____ g/dl
(E) Il farmaco verrà somministrato in associazione con:*:	Melfalan Prednisone Altro
Se altro specificare:	_____
Il paziente è già in trattamento con l'associazione Thalidomide + Melfalan + Prednisone secondo i termini della scheda tecnica EMEA*:	Sì No
Pazienti già in trattamento	
Numero di cicli (1 ciclo = 28 giorni) effettuati:	_____
(E) Il paziente ha ricevuto altri trattamenti precedenti per mieloma multiplo:	Sì No

(E) Se Il paziente è già in trattamento con l'associazione Thalidomide + Melfalan + Prednisone, inserire la rivalutazione dello stato della malattia (alla data dell'inserimento della scheda Diagnosi nel Registro)	Remissione Completa Remissione Parziale Stabile Progressione
Paziente donna non fertile	
Criteri di esclusione per potenziale fertilità: (l'Amenorrea conseguente a terapia antitumorale non esclude la potenziale fertilità)	☐ Età ≥ 50 anni e naturalmente amenorroica da un anno ☐ Insufficienza ovarica prematura confermata da un ginecologo ☐ Precedente salpingo-ovariectomia bilaterale o isterectomia ☐ Genotipo XY, sindrome di Turner, agenesia uterina
Consulto ginecologico (esito):	_____ _____
In trattamento con contraccettivi orali di tipo combinato*:	Sì No
(E) Consegnato il "manuale del paziente"	Sì No
(E) Informato della necessità di non dare il farmaco ad altre persone*:	Sì No
(E) Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Thalidomide Celgene® e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:	Sì No
(E) Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate*:	Sì No
Anamnesi positiva per tromboembolia venosa o embolia polmonare*:	Sì No
Precedenti terapie con agenti eritropoietici*:	Sì No
Emocromo completo	
Conta leucocitaria*:	_____ x $10^3/mm^3$
Formula leucocitaria	
Neutrofili*:	_____ %
eosinofili*:	_____ %
basofili*:	_____ %
linfociti*:	_____ %

monociti*:	_____ %
Conta piastrinica*:	_____ x $10^3/mm^3$
Emoglobina*:	_____ g/dl
Ematocrito*:	_____ %
Clearance creatinina*:	_____ ml/min

_____	_____	_____
Nome del Medico	Data	Firma