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 Uomo	
(E) Informato della necessità 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 è potenzialmente fertile. *:	Sì No
(E) Informato di non fare donazioni di liquido seminale durante il trattamento con Thalidomide Celgene® e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento*:	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