

**FINE TRATTAMENTO**

<b>Codice Paziente</b> _____	<b>Centro</b> _____	<b>Iniz. Paz.</b> _____	<b>Data Registrazione</b> _____	<b>Data di Nascita</b> _____
---------------------------------	------------------------	----------------------------	------------------------------------	---------------------------------

**I campi contrassegnati dall'\* sono obbligatori.**

<b>Indicare causa di fine trattamento*</b> :	<a href="#">Fine regolare del trattamento</a> <a href="#">Recidiva</a> <a href="#">Progressione</a> <a href="#">Morte</a> <a href="#">Tossicità</a> <a href="#">Trasferimento</a> <a href="#">Gravidanza</a> <a href="#">Non somministrazione</a> <a href="#">Causa non dipendente dal farmaco</a> <a href="#">Altro (decisione clinica)</a>
----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Data di fine trattamento*</b> :	____/____/____(gg/mm/aaaa)
------------------------------------	----------------------------

**Valutazione dello stato della malattia:**

<b>Stato Malattia Primaria*</b> :	<a href="#">- Remissione Completa</a> <a href="#">- Libero da malattia</a> <a href="#">- Remissione Parziale</a> <a href="#">- Stabile</a> <a href="#">- Progressione</a> <a href="#">- Ricaduta</a> <a href="#">- Malattia metastatica</a> <a href="#">- Seconda Neoplasia Maligna</a> <a href="#">- Valutazione non effettuata</a> <a href="#">- Remissione ematologica completa</a> <a href="#">- Remissione ematologica parziale</a>
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Se valutazione non effettuata indicare motivazione :	_____
------------------------------------------------------	-------

<b>Esame che ha determinato lo stato della malattia*</b> :	<a href="#">- PET</a> <a href="#">- RMN</a> <a href="#">- TAC</a> <a href="#">- Ecografia</a> <a href="#">- Scintigrafia</a> <a href="#">- Esame clinico</a> <a href="#">- Mammografia</a> <a href="#">- Rx. Torace</a> <a href="#">- Emocromo</a> <a href="#">- Altro</a>
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Data*</b> :	____/____/____(gg/mm/aaaa)
----------------	----------------------------

<b>Numero di somministrazioni ricevute*</b> :	_____
-----------------------------------------------	-------

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*	<a href="#">Sì</a> <a href="#">No</a> <b>se si' compilare il modulo ministeriale</b>
-----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------

**Se il paziente e' morto, indicare:**

La causa:	<a href="#">Malattia</a> <a href="#">Tossicità</a> <a href="#">Altro</a>
-----------	--------------------------------------------------------------------------------

Se altro, specificare:	_____
Data di morte:	____/____/____(gg/mm/aaaa)
La causa di morte è correlata alla malattia?:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

\_\_\_\_\_  
Nome del Medico

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma