

**FINE TRATTAMENTO**

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

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Indicare causa di fine trattamento*</b> : | <a href="#">Fine regolare del trattamento</a><br><a href="#">Recidiva</a><br><a href="#">Progressione</a><br><a href="#">Morte</a><br><a href="#">Tossicità</a><br><a href="#">Trasferimento</a><br><a href="#">Gravidanza</a><br><a href="#">Non somministrazione</a><br><a href="#">Causa non dipendente dal farmaco</a><br><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><br><a href="#">- Libero da malattia</a><br><a href="#">- Remissione Parziale</a><br><a href="#">- Stabile</a><br><a href="#">- Progressione</a><br><a href="#">- Ricaduta</a><br><a href="#">- Malattia metastatica</a><br><a href="#">- Seconda Neoplasia Maligna</a><br><a href="#">- Valutazione non effettuata</a><br><a href="#">- Remissione ematologica completa</a><br><a href="#">- Remissione ematologica parziale</a> |
|-----------------------------------|--|

|   |       |
|---|-------|
| <b>Se valutazione non effettuata indicare motivazione</b> : | _____ |
|---|-------|

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

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

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

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

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

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>La causa:</b> | <a href="#">Malattia</a><br><a href="#">Tossicità</a><br><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