

**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.**

Indicare causa di fine trattamento* :	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fine regolare del trattamento</li> <li>Recidiva</li> <li>Progressione</li> <li>Morte</li> <li>Tossicità</li> <li>Trasferimento</li> <li>Non somministrazione</li> <li>Causa non dipendente dal farmaco</li> </ul>
---------------------------------------	--

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

**Valutazione dello stato della malattia:**

Stato Malattia Primaria* :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remissione Completa</li> <li>- Libero da malattia</li> <li>- Remissione Parziale</li> <li>- Stabile</li> <li>- Progressione</li> <li>- Ricaduta</li> <li>- Malattia metastatica</li> <li>- Seconda Neoplasia Maligna</li> <li>- Valutazione non effettuata</li> <li>- Remissione ematologica completa</li> <li>- Remissione ematologica parziale</li> </ul>
----------------------------	--

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

Esame che ha determinato lo stato della malattia* :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PET</li> <li>- RMN</li> <li>- TAC</li> <li>- Ecografia</li> <li>- Scintigrafia</li> <li>- Esame clinico</li> <li>- Mammografia</li> <li>- Rx. Torace</li> <li>- Emocromo</li> <li>- Altro</li> </ul>
---	---

Data* :	____/____/____(gg/mm/aaaa)
---------	----------------------------

Numero di somministrazioni ricevute* :	_____
--	-------

Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente* :	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sì</li> <li>No</li> </ul> <b>se si' compilare il modulo ministeriale</b>
---	---

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

La causa:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malattia</li> <li>Tossicità</li> <li>Altro</li> </ul>
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