

FINE TRATTAMENTO

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

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.

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

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

Valutazione dello stato della malattia:

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

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

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

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

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

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

Se il paziente e' morto, indicare:

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