


**TOCTINO**
**RIVALUTAZIONE**
**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**

Data della rivalutazione *	____/____/____ (gg mm aaaa)
Severita' (scala PGA) *	Malattia severa o molto severa Malattia moderata Malattia lieve Malattia quasi assente Malattia assente
Parametro secondo la scala mTLSS	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21
Valutazione dello stato di malattia *	risposta totale risposta parziale stabilità (assenza di risposta) peggioramento
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione *	_____
Il paziente prosegue il trattamento *	Si No