


TOCTINO
FINE TRATTAMENTO

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

Causa di fine trattamento *	Fallimento terapeutico Morte Tossicità Trasferimento Causa non dipendente dal Farmaco Altro
Data di fine trattamento *	____/____/____ (gg mm aaaa)
I parametri dello stato di malattia *	risposta totale risposta parziale stabilità (assenza di risposta) peggioramento
Informato il paziente di proseguire con la prevenzione della gravidanza per ulteriori 5 settimane? *	Sì No
E' stato prescritto il test di gravidanza dopo 5 settimane dalla fine del trattamento? *	Sì No