

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.
N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg

Data Rivalutazione* :	____/____/____ (gg mm aaaa)
Stato Malattia* :	Remissione completa Remissione parziale Libero da malattia Stabile Progressione Ricaduta Malattia metastatica Seconda neoplasia maligna Remissione ematologica Remissione ematologica completa Remissione ematologica parziale
Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia* :	PET RMN TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Mammografia Rx. Torace Emocromo Altro
Se altro, specificare:	_____
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____
Il paziente prosegue il trattamento* :	Si No

 Nome del Medico

 Data

 Firma