

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

 \_\_\_\_\_  
 Nome del Medico

 \_\_\_\_\_  
 Data

 \_\_\_\_\_  
 Firma