



FINE TRATTAMENTO- TYSABRI	
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.	
Causa di fine trattamento*	Fine ciclo terapeutico Inefficacia Eventi Avversi Effetti collaterali Mancato inizio terapia Mancata (o scarsa) adesione alla terapia Gravidanza Decesso Perdita al follow up Trasferimento Positività agli anticorpi Altro
Data di fine trattamento* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Numero di somministrazioni:	_____
In caso di decesso, indicare:	
causa:	Cause infettive PML Reazioni da ipersensibilità Neoplasie Altro
La causa di morte è correlata alla terapia?:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
Specificare altre cause:	_____
Data del decesso:	____/____/____ (gg/mm/aaaa)