

FINE TRATTAMENTO

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
-----------------	--------	------------	--------------------	-----------------

La presente scheda è standardizzata per tutti i farmaci inseriti nel Registro. Pertanto, le diciture contenute nei campi fanno riferimento a tutte le situazioni prevedibili. Si prega di selezionare e indicare, quindi, caso per caso, solo quelle appropriate rispetto al trattamento in questione.

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
Causa di fine trattamento*	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Rifiuto del paziente Causa non dipendente dal farmaco Decisione clinica
Data di fine trattamento*	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Valutazione dello stato della malattia:	
Stato Malattia Primaria*	Remissione Completa Remissione Parziale Stabile Progressione Seconda Neoplasia Maligna
Se valutazione non effettuata indicare motivazione :	_____
Esame che ha determinato lo stato della malattia*	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Esame ematologico Mammografia Rx. torace Altro
Data*	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Numero di somministrazioni ricevute*	_____
Se il paziente e' morto, indicare:	
Causa:	Malattia Tossicità Altro
Se altro, specificare:	_____
Data di morte :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*	Sì No se si' compilare il modulo ministeriale

Nome del Medico

Data

Firma