

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.

Indicare causa di fine trattamento* :	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco
Data di fine trattamento* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Valutazione dello stato della malattia:	
Stato Malattia Primaria* :	Remissione Completa Libero da malattia Remissione Parziale Stabile Progressione Ricaduta Malattia metastatica Seconda Neoplasia Maligna Valutazione non effettuata
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* :	_____
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente* :	Sì No se si' compilare il modulo ministeriale

 Nome del Medico

 Data

 Firma