

**RIVALUTAZIONE**

**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**

**N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg**

|  |   |
|--|---|
| Data della rivalutazione*  | ____/____/_____(gg mm aaaa)   |
| Stato Malattia Primaria* :   | Remissione Completa<br>Remissione Parziale<br>Stabile<br>Progressione<br>Ricaduta |
| Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia* : | Agoaspirato midollare<br>Biopsia osteo midollare                                  |
| Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* | _____   |
| Il paziente prosegue il trattamento*                               | Sì<br>No  |