

**FINE TRATTAMENTO**

**I campi contrassegnati con \* sono obbligatori.**  
**N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es.35.5 mg**

Causa di fine trattamento*	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco Remissione ematologica completa Remissione ematologica parziale
Data di fine trattamento*	___/___/___ (gg mm aaaa)
<b>Valutazione dello stato della malattia</b>	
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)
Tumore controlaterale* :	Si No
Se si, data :	___/___/___ (gg mm aaaa)
<b>FEVS</b>	
Modalità* :	ecocardiografia MUGA
valore* :	_____ %
Data* :	___/___/___ (gg mm aaaa)

REGISTRO DEI FARMACI ONCOLOGICI SOTTOPOSTI A MONITORAGGIO

Numero di somministrazioni ricevute* : _____
--

**Se il paziente è morto, indicare:**

La causa	Malattia Tossicità Altro
Se altro, specificare	_____
Data di morte:	____/____/____ (gg mm aaaa)
La causa di morte e' correlata alla malattia?:	Si No
<b>Valori Emometrici</b>	
HB*:	_____ g/dl
PLT*:	_____ n/mmc
Leucociti*:	_____ n/mmc
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente?*	Si No

**se si' compilare modulo ministeriale ADR**