

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 Remissione parziale Stabile Progressione Seconda neoplasia |
| Esame con il quale e' stato determinato lo stato della malattia* : | Emocromo |
| Valori emometrici | |
| Globuli bianchi (Leucociti)*: | ____ n/mmc |
| Emoglobina*: | ____ g/dl |
| Piastrine (PLT)*: | ____ n/mmc |
| Altri esami: | _____ |
| Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* : | _____ |
| Il paziente prosegue il trattamento* | Sì No |