



XOLAIR

FINE TRATTAMENTO	
I campi contrassegnati con * sono obbligatori.	
Causa di fine trattamento*	Fine ciclo terapeutico Inefficacia Eventi Avversi Mancato inizio terapia Mancata (o scarsa) adesione alla terapia Decesso Perdita al follow up Trasferimento Altro
Data di fine trattamento*	____/____/____ (gg mm aaaa)
Mesi di terapia*	_____
In caso di decesso, indicare:	
La causa	Malattia Tossicità Altro
Specificare altre cause	_____
Data del decesso	____/____/____ (gg mm aaaa)
La causa di morte è correlata alla malattia?	Sì No
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente?*	Sì se si' compilare modulo ministeriale ADR No