

**DIAGNOSI**

Codice Paziente	Centro	Iniz. Paz.	Data Registrazione	Data di Nascita
_____	_____	_____	_____	_____

INDICAZIONI TERAPEUTICHE - YONDELIS -	
<p><b>Yondelis è indicato nei pazienti con sarcoma dei tessuti molli in stato avanzato dopo il fallimento della terapia con antracicline e ifosfamide o che non sono idonei a ricevere tali agenti. I dati sull'efficacia si basano soprattutto su pazienti con liposarcoma e leiomiomasarcoma.</b></p>	
<p>I campi contrassegnati dalla lettera <b>(E)</b> sono determinanti per l'eleggibilità. I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.</p>	
<b>(E)</b>	Diagnosi* : Sarcoma dei tessuti molli Altro
	Operabile*:: Sì No
	Stadio della malattia:* Localmente avanzato metastatico
	Performance Status alla diagnosi (ECOG)* : 0 1 2 3 4
	Tipo istologico*: Leiomiomasarcoma Liposarcoma ben differenziato Liposarcoma mixoide Sinovialsarcoma Altro
<b>(E)</b>	Malattia in progressione dopo recedente trattamento chemioterapico con antracicline e/o ifosfamide*: Sì No
<b>(E)</b>	Il paziente ha controindicazioni a ricevere ifosfamide e/o antracicline*: Sì No
	ESAME / PARAMETRO* : Emocromo Ago aspirato midollare Biopsia osteo midollare PET RMN TAC Altro

Data dell'esame di riferimento* :	____/____/____(gg/mm/aaaa)
-----------------------------------	----------------------------

\_\_\_\_\_  
Nome del Medico

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma