

DIAGNOSI

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

| INDICAZIONI TERAPEUTICHE -ZEVALIN- | |
|--|--|
| Trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma non Hodgkin (NHL) follicolare a cellule B CD20+, ricaduti o refrattari a rituximab. | |
| I campi contrassegnati dalla lettera (E) sono determinanti per l'eleggibilità. I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori. | |
| (E) | Diagnosi* : Linfoma non Hodgkin Altro |
| | Se altro, specificare: _____ |
| | Performance Status alla diagnosi (ECOG)* : 0 1 2 3 4 |
| (E) | Ha ricevuto Rituximab* : <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No |
| | Se Sì, data di ultima somministrazione* : _____ (gg/mm/aaaa) Dose _____ mg |
| | Stato Malattia (dopo assunzione di Rituximab)* : Ricaduta Refrattario |
| | Altri Trattamenti Precedenti: <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No |
| | Se Sì, specificare I linea: _____ |
| | Se Sì, specificare II linea: _____ |
| | Se Sì, specificare III linea: _____ |
| Valori Emometrici | |
| | HB* : _____ g/dl |
| | PLT* : _____ n/mmc |
| | Leucociti* : _____ n/mmc |

 Nome del Medico

 Data

 Firma