

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

La presente scheda è standardizzata per tutti i farmaci inseriti nel Registro. Pertanto, le diciture contenute nei campi fanno riferimento a tutte le situazioni prevedibili. Si prega di selezionare e indicare, quindi, caso per caso, solo quelle appropriate rispetto al trattamento in questione.

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
Indicare causa di fine trattamento* :	Fine regolare del trattamento Progressione Morte Tossicità Trasferimento Non somministrazione Causa non dipendente dal farmaco
Data di fine trattamento* :	____/____/____ (gg/mm/aaaa)
Valutazione dello stato della malattia:	
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)
Numero di somministrazioni ricevute* :	_____

Se il paziente e' morto, indicare:	
La causa:	malattia tossicita' Altro
Se altro, specificare:	_____
Data di morte:	_____ (gg/mm/aaaa)
La causa di morte è correlata alla malattia?:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

Valori Emometrici	
HB* :	_____ g/dl
PLT* :	_____ n/mmc
Leucociti* :	_____ n/mmc
Si sono verificate Reazioni avverse nel ciclo precedente*	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No se si' compilare il modulo ministeriale

Nome del Medico

Data

Firma