

RIVALUTAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA

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.

<b>I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.</b>	
<b>Rivalutazione dello stato della malattia:</b> ← <b>Rivalutazione obbligatoria dopo RF2/DF2</b>	
Data della rivalutazione* :	_____ (gg/mm/aaaa)
Stato Malattia Primaria* :	Remissione Completa Remissione Parziale Stabile Progressione
<b>Se progressione: compilare scheda FINE TRATTAMENTO</b>	PET RMC TAC Ecografia Scintigrafia Esame clinico Rx. torace Altro
Esame con il quale è stato determinato lo stato della malattia: *	_____
Se altro, specificare:	_____
Numero di somministrazioni ricevute prima di questa rivalutazione* :	_____
Il paziente prosegue il trattamento* :	Sì No <b>(COMPILARE SCHEDA FINE TRATTAMENTO)</b>

Nome del Medico

Data

Firma