

DIAGNOSI

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

Eleggibili solo pazienti di età ≥ 18 anni

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE
- NEXAVAR -**

- Nexavar è indicato per il trattamento dell'epatocarcinoma.

**I campi contrassegnati dalla lettera (E) sono determinanti per l'eleggibilità.
I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.**

(E)	Diagnosi*:	Epatocarcinoma
	Performance Status*:	0 1 2 3 4
(E)	Suscettibile di trattamenti locoregionali*:	Sì (NON ELEGGIBILE) No
(E)	Stadio di funzionalità epatica*:	Child A Child B (NON ELEGGIBILE) Child C (NON ELEGGIBILE)
	Precedente trattamenti*:	Sì No
	Se si:	<input type="checkbox"/> Chemoembolizzazione <input type="checkbox"/> Termoablazione <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Alcolizzazione <input type="checkbox"/> Altro

Nome del Medico

Data

Firma