

INDICAZIONI TERAPEUTICHE  
- THALIDOMIDE 648 -

Mieloma Multiplo Mantenimento

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

(E) Mieloma Multiplo Mantenimento  
Diagnosi\* Altro (non eleggibile)

(E) Informato della necessita' di utilizzare il profilattico per tutta la durata del trattamento, durante l'interruzione e fino ad una settimana dopo il termine del trattamento se il partner potenzialmente fertile.\*:  
Si  
No (non eleggibile)

(E) Informato di non fare donazioni di liquido seminale durante il trattamento con Thalidomide Celgene® e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento\*:  
Si  
No (non eleggibile)

(E) Consegnato il 'manuale del paziente'\*:  
Si  
No (non eleggibile)

(E) Informato della necessita' di non dare il farmaco ad altre persone\*:  
Si  
No (non eleggibile)

(E) Informato di non fare donazioni di sangue durante il trattamento con Thalidomide Celgene® e nella settimana successiva all'interruzione del trattamento\*:  
Si  
No (non eleggibile)

(E) Informato di restituire alla farmacia le capsule inutilizzate\*:  
Si  
No (non eleggibile)

~~Il paziente e' gia' in trattamento con Thalidomide \*~~  
:  
Si  
No

~~Se si Numero di cicli effettuati~~

(E) ~~Se Il paziente e' gia' in trattamento, inserire la rivalutazione dello stato della malattia (alla data dell'inserimento della scheda Diagnosi nel Registro)~~  
Remissione completa  
Remissione completa  
Stabile  
Progressione (non eleggibile)

paziente già in trattamento è da eliminare dalla scheda diagnosi.



Performance Status (ECOG)\*:

0  
1  
2  
3  
4

ESAME/PARAMETRO\*

Esame clinico  
Esami ematologici ed ematochimici  
Quadro proteico  
Aspirato midollare/biopsia osteo midollare  
RX scheletro  
PET  
RMN  
TAC  
Scintigrafia ossea  
Ecografia  
Altro

Proteina M \*

(E)

Il paziente ha effettuato trapianto di cellule staminali negli ultimi 6 mesi: \*

Si  
No (non eleggibile)

~~se paziente già in trattamento la domanda diventa: "Indicare i mesi da quando il paziente ha effettuato trapianto di cellule staminali". la risposta deve avere campo compilabile~~

Nome del Medico

Data

Firma

**NOTA BENE:** La compilazione della presente scheda cartacea non sostituisce la prescrizione, la quale rimane realizzabile esclusivamente tramite la piattaforma web da parte degli specialisti abilitati alla prescrizione e all'utilizzo del sistema, tuttavia può essere utilizzata per tenere traccia temporanea delle registrazioni in caso di differimento della compilazione via web dei Registri di monitoraggio.