

RIVALUTAZIONE

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

N.B. inserire il punto per indicare i decimali, laddove necessario, es. 35.5 mg

obbligatoria entro 120 giorni
dall'inizio della terapia.

Data della rivalutazione*

/ ____ / ____ (gg mm aaaa)

Stato Malattia*:

Remissione Completa
 Libero da malattia
 Remissione Parziale
 Stabile
 Progressione (compilare scheda fine trattamento)
 Ricaduta (compilare scheda fine trattamento)
 Malattia metastatica (compilare scheda fine trattamento)
 Seconda Neoplasia Maligna (compilare scheda fine trattamento)
 Remissione ematologica
 Remissione ematologica completa
 Remissione ematologica parziale

Esame con il quale e' stato determinato lo
stato della malattia*:

PET
 RMN
 TAC
 Ecografia
 Scintigrafia
 Esame clinico
 Rx. torace
 Emocromo
 Altro

Se altro, specificare:

Numero di somministrazioni ricevute prima di
questa rivalutazione*:

Il paziente prosegue il trattamento* :
 Sì
 No (compilare scheda fine trattamento)

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.