

<input type="checkbox"/>	Follow-up <b>di fine anno solare</b>
<input type="checkbox"/>	Follow-up <b>di fine trattamento</b>

Medico richiedente	
Struttura	
Unità Operativa	
Telefono	
mail	

DATI DEL PAZIENTE	
Iniziali cognome e nome	
Codice Fiscale	
Patologia	
Farmaco prescritto	
Codice univoco aziendale nei casi rimborsati ai sensi della DGR 1590/08	

VALUTAZIONE TERAPIA	
<input type="checkbox"/>	Nessuna risposta alla terapia
<input type="checkbox"/>	Risposta al momento non valutabile
<input type="checkbox"/>	Risposta parziale
<input type="checkbox"/>	Risposta completa

**REAZIONI AVVERSE OSSERVATE IN CORSO DI TRATTAMENTO**

<input type="checkbox"/>	NO
<input type="checkbox"/>	Sì (*) : descrivere le reazioni avverse di qualsiasi gravità nella <i>Relazione clinica</i>
*inserire al reazione in <a href="http://www.vigifarmaco.it">www.vigifarmaco.it</a> oppure compilare la scheda di segnalazione e inviarla al referente di farmacovigilanza aziendale	

**FINE TRATTAMENTO (indicare la causa)**

<input type="checkbox"/>	Guarigione completa
<input type="checkbox"/>	Miglioramento
<input type="checkbox"/>	Risposta assente o insufficiente
<input type="checkbox"/>	Reazione avversa
<input type="checkbox"/>	Decesso
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)