**RELAZIONE CLINICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Iniziali Paziente** |  |
| **Data di nascita** |  |
| maschio  femmina | |
| **Diagnosi all’esordio** |  |
| **Data della diagnosi** |  |
| **Stadio** |  |
| **Sintesi clinica** | *Riportare i protocolli di trattamento effettuati finora, il numero di cicli effettuati /o data inizio-fine e la risposta* |
| **Data dell’ultima valutazione** |  |
| **Accertamenti effettuati** | TAC  RMN  PET  ECOGRAFIA  EMATOCHIMICI  VISITE SPECIALISTICHE (specificare):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ALTRO (specificare):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Stato attuale** | risposta  stabilità  progressione |
| **Stadio** | localmente avanzato  metastatico |
| **Farmaco richiesto come Uso Compassionevole** |  |
| **Motivazioni della richiesta** | non sono disponibili valide alternative terapeutiche  il paziente non può essere incluso in una sperimentazione clinica  per garantire la continuità terapeutica, per pazienti già trattati con beneficio clinico nell’ambito di una sperimentazione clinica conclusa  superiorità rispetto ai trattamenti disponibili |
| **Eventuali osservazioni** |  |

data timbro e firma del medico richiedente