

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI CENTRO

Centro: _____	codice centro _____
Responsabile: _____ Indirizzo.... Telefono Fax E-mail: _____	
Persona di riferimento per lo studio _____ Indirizzo.... Telefono Fax E-mail: _____	
(da definire meglio...)	



E' copia conforme all'originale
 composta di p. 3 fogli
 Roma il 31.05.06



SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI SU XAGRID (ANAGRELIDE)

Centro: _____ **Codice Centro** _____

Generalità Paziente

Data registrazione paziente:

Nome: _____ **Cognome:** _____

Data di nascita:

Sesso: ☐ M ☐ F

Medico Curante Dott. _____

Diagnosi clinica

Data di diagnosi di trombocitemia:

Precedente trattamento con Idrossiurea (HU) ☐ N ☐ S

Se sì, Data di inizio trattamento :

1. Altre malattie clinicamente rilevanti: ☐ N ☐ S _____

2. Altre malattie clinicamente rilevanti: ☐ N ☐ S _____

3. Altre malattie clinicamente rilevanti: ☐ N ☐ S _____

Indicatori di elevato rischio trombotico

Precedente trombosi ☐ N ☐ S **Se sì, arteriosa** ☐ N ☐ S **Venosa** ☐ N ☐ S

Precedente emorragia ☐ N ☐ S

Età > 60 anni ☐ N ☐ S

Piastrine > 1.000.000/mm³ ☐ N ☐ S

Se sì, specificare numero piastrine _____

Altro ☐ N ☐ S

Se sì, specificare _____

Indicazione all'uso di XAGRID

- Tossicità da HU ☐ N ☐ S

- Clinica ☐ N ☐ S

- Ulcere del cavo orale
- Ulcere cutanee
- Iperpigmentazione cutanea
- Discromie ungueali
- Xerodermia
- Diarrea
- Alopecia
- Febbre
- Altro

N	S
N	S
N	S
N	S
N	S
N	S
N	S
N	S
N	S

Specif.: _____

- Ematologica

- Leucopenia ☐ N ☐ S

G.B. N° _____

- Anemia ☐ N ☐ S

Formula: N ___ E ___ B ___ L ___ M ___

Hb (g/dL): _____

Resistenza all'HU ☐ N ☐ S

Piastrine > 600.000/mm³ ☐ N ☐ S

Piastrine N° _____

Outcome dopo inizio di Xagrid (dopo 6 mesi di trattamento)

Conta piastrine: _____			
Trombosi	☐ N ☐ S		
Se sì, microvascolare	☐ N ☐ S		data _____
Se sì, arteriosa	☐ N ☐ S	Infarto miocardico	☐ N ☐ S data _____
		Ictus cerebrale	☐ N ☐ S data _____
		Altra sede	☐ N ☐ S data _____
Se sì, venosa	☐ N ☐ S	Tromb. venosa profonda	☐ N ☐ S data _____
		Embolia polmonare	☐ N ☐ S data _____
		Altra sede	☐ N ☐ S data _____
Emorragia	☐ N ☐ S		
Se sì, Maggiore	☐ N ☐ S	con ospedalizzazione	☐ N ☐ S data _____
		con trasfusione	☐ N ☐ S data _____
		Spec. Sede	_____
Se sì, Minore	☐ N ☐ S		data _____
		Spec. Sede	_____

Eventi avversi (dopo 6 mesi di trattamento)

Clinici	☐ N ☐ S	Se sì, tipo:	1.1 cefalea	☐ N ☐ S	data _____
			1.2 diarrea	☐ N ☐ S	data _____
			1.3 Tachicardia	☐ N ☐ S	data _____
			1.4 Insuff. cardiaca	☐ N ☐ S	data _____
			1.5 Altro	☐ N ☐ S	data _____
		Spec.	_____		
Ematologici	☐ N ☐ S	Se sì, tipo:	2.1 Leucopenia	☐ N ☐ S	data _____
			GB N°	_____	
			Formula: N__ E__ B__ L__ M__	_____	
	☐ N ☐ S		2.2 Anemia	☐ N ☐ S	data _____
			Hb g/L	_____	

Sospensione del farmaco (dopo 6 mesi di trattamento)

Sospensione farmaco	☐ N ☐ S	data	_____
Se sì, motivo: evento avverso codificato al punto	____.		
Altro, spec.	_____		