



4.2. Altres marcadors tumorals

4.3. Data de determinació

\_\_\_\_\_

**5. Tractament amb interferó: dosi i freqüència**

5.1. Motius per administrar l'interferó

5.2. Hi ha associació amb altres tractaments antitumorals?

no  sí (especifiqueu-la):

5.3. Pauta prevista (dosi habitual de 3 a 9 MU/3 cops a la setmana)

\_\_\_\_\_ unitats/dosi d'interferó

5.4. Freqüència

\_\_\_\_\_

Signatura del metge

Data

**Conclusions (les emplena l'Administració)**

Informe favorable

sí  no

Motius/observacions

Signatura dels membres del Consell assessor sobre la utilització terapèutica de l'interferó

Data