

Registrazione delle malattie tumorali di adolescenti

secondo l'articolo 6 della legge federale sulla registrazione delle malattie tumorali (LRMT)
Uso del formulario per adolescenti fino all'età di < 20 anni

medForms.ch

© 2019, tutti i diritti riservati

Paziente

Cognome		
Nome		
Via		
NPA località		
Data di nasc.		Sesso
N. AVS		

Destinatario:

--	--

Medico curante

Cognome		
Nome		
Via		
NPA località		
Tel.		Fax
Mail		

Ospedale/Clinica

Nome		
Dipartimento		
Via		
NPA località		
Tel.		Fax
Mail		

Inclusione diagnostica tramite ICD10:

Istruzioni:	

Sezione «Dati diagnosi»

già inviato

Data dell'informazione del paziente sull'inoltro dei dati al RT

Tipo di malattia tumorale: tipo e caratteristiche del tumore

--	--

Estensione del tumore al momento della diagnosi: stadio della malattia

--	--

Fattori di prognosi specifici del tumore

--	--

Metodo d'esame e base della diagnosi

Circostanza all'origine dell'esame

Metastasi e recidive

Sezione «Dati trattamento iniziale»

Basi della decisione di **procedere al trattamento** (*una sola volta per l'intero complesso terapeutico iniziale*)

Serie di dati per **una misura del percorso terapeutico**

Inizio della misura del percorso terapeutico

Tipo della misura del percorso terapeutico

Obiettivo della misura del percorso terapeutico

Sezione «Dati supplementari»

Predisposizioni

Patologie preesistenti e concomitanti

Esito del primo trattamento

Per tutti i trattamenti successivi

Dati sugli esami di controllo

Data

Invio elettronico

Con il pulsante «Invia» si trasmette il modulo direttamente e in modo sicuro al **registro dei tumori** selezionato