

Questionario Tumori

Cliente

Cognome
Strada
Sesso
Data di nascita
Numero del cliente

Nome
NPA / Località
Tel.
eMail
N. della proposta

Diagnosi

Data della diagnosi Data dell'ultima consultazione
Statura cm Peso kg
Pressione (sys/dia) / mmHg trattata Data di misura

	No	Sì	Precisazioni	Date
Localizzazione			<input type="text"/>	
Benigno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
Maligno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
Istologia precisa*			<input type="text"/>	
Metastasi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
Classificazione T.N.M., FIGO, altre			<input type="text"/>	
Terapia				
Operazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prevista seconda operazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quando? <input type="text"/>	<input type="text"/>
Radioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		terminata il <input type="text"/>
Chemioterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	numero dei cicli <input type="text"/>	terminata il <input type="text"/>
Trapianto del midollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> allogenico <input type="radio"/> autologo	terminata il <input type="text"/>
			esito <input type="text"/>	
Altro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

	No	Si	Precisazioni	Date
Evoluzione				
Remissione completa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		dal
Recidivante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	numero	ultimo episodio il
Complicanze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Check up				
Ultimi esami effettuati il				
- esame radiologico*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
- TAC/RM*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
- endoscopia*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
- marker tumorali (siero/tessuto)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
- altri esami*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Incapacità lavorativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> completa <input type="checkbox"/> parziale	idoneo al lavoro da quando
Sono note altre patologie? Quali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Altri specialisti curanti?

Altre osservazioni

no

si

*** IMPORTANTE:**

è indispensabile farci pervenire il resoconto degli esami, delle operazioni e degli esami istologici.

Medico

Telefono

Fax

eMail

Data

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati al servizio medico della mobiliare.