

Questionario - Affezioni ginecologiche

Cliente

Cognome
Strada
Sesso
Data di nascita
Numero del cliente

Nome
NPA / Località
Tel.
eMail
N. della proposta

Le informazioni raccolte per mezzo di questo documento saranno trattate con la massima confidenzialità e sono soggette alle regole deontologiche sul rispetto del segreto professionale.

Se richiesto, la preghiamo di selezionare le caselle pertinenti e di aggiungere un commento o indicare la data in corrispondenza delle risposte affermative. **Non è necessario convocare il paziente.**

Altezza: cm peso: kg data:

Pressione arteriosa: mmHg sistolica / mmHg diastolica data:

Tabagismo: no sì Se sì, di che tipo? Quantità giornaliera? E-sigarette: no sì
Ex fumatore: no sì Da quando?

Diagnosi

Data della diagnosi:

Diagnosi:

Esami effettuati o pianificati

Quali?

Date:

Esiti:

Trattamenti effettuati o pianificati

medici chirurgici

Quali?

Date:

Esiti:

Sospetto di affezione maligna?

no

sì: La preghiamo di indicare il risultato istologico a seguito di asportazione o intervento chirurgico.

Oggi la paziente è completamente guarita?

no: quali sintomi persistono?

prognosi:

sì: data di ultima manifestazione dei sintomi?

Data della fine del follow-up medico:

PAP test o test per lo screening del tumore della cervice uterina antecedenti:

no

sì

Data:

Esiti:

Trattamento:

Isterectomia:

no

sì

Data:

Motivi:

Istologia:

Altri commenti

La preghiamo di allegare una copia degli esami speciali eventualmente effettuati e i risultati e valori di riferimento per ogni referto di laboratorio.

Medico

Telefono

Fax

eMail

Data

Invio elettronico

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