

Tumor Board di Senologia

Discussione PRE-OPERATORIA del

PAZIENTE

Cognome e nome:

Data di nascita: (Età:)

Domicilio:

Sesso:

Medico inviante:

Istituto di riferimento:

Medico di famiglia:

Medico oncologo:

DIAGNOSI / MOTIVO D'INVIO

(sede, tipo istologico, grado, immunoistochimica, classificazione St Gallen, stadio TNM clinico)

PRECEDENTI SENOLOGICI RILEVANTI

DIAGNOSI SECONDARIE RILEVANTI (patologie associate rilevanti)

STORIA FAMILIARE

- .

ESAME CLINICO (dimensione seno, sede lesione, palpabile?, cavo ascellare)

.

ESAMI DIAGNOSTICI

(eco, mammografia, tomosintesi, risonanza, PET, data e sede di esecuzione)

Importante che la radiologia possa recuperare immagini

INDAGINI INVASIVE (tipologia data sede esecuzione)

Citologia:

Tru-cut:

Vacuum:

Paziente:

Altro:

ALTRO

Eseguito test genetico: SÌ NO CONSIGLIATO ESITO:

Numero di figli: ;

Desiderio gravidanza: SÌ NO

Stato menopausale:

Valutazione geriatrica, per pazienti > 70 anni:

Performance status ECOG (0-5):

RICHIESTA DI PRESENZA AL TUMOR BOARD DI ALTRO MEDICO

Medico Nucleare: SÌ

Quesito:

Medico Patologo: SÌ

Quesito:

Medico Chirurgo Plastico: SÌ

Quesito:

Medico Genetista: SÌ

Quesito:

Medico Palliativista: SÌ

Quesito:

CANDIDATO/A PER STUDIO CLINICO SÌ NO

Studio clinico:

PROPOSTA / RACCOMANDAZIONE MULTIDISCIPLINARE

PARTECIPANTI

Vedi lista partecipanti

Testo compilato da: L. Friolo / Dr. F. Meani

Paziente: