

# Tumor Board di Senologia

Discussione **POST-OPERATORIA** del

---

## PAZIENTE

Cognome e nome:

Data di nascita: (Età: )

Domicilio:

Sesso:

Medico inviante:

Istituto di riferimento:

Medico di famiglia:

Medico oncologo:

---

## DIAGNOSI PRE-OPERATORIA

---

## DATA DISCUSSIONE PRE-OPERATORIA

---

## PRECEDENTI SENOLOGICI

---

## DIAGNOSI SECONDARIE (patologie associate rilevanti)

---

## INTERVENTO ESEGUITO (data, operatori, sede, tipo di intervento)

---

## DIAGNOSI DEFINITIVA (istologia, grado, stadio, classificazione St. Gallen)

Margini:

---

## ALTRO

Familiarità:

Test genetico:

Desiderio gravidanza: ☐ SÌ ☐ NO

Numero di figli:

Stato menopausale:

Valutazione geriatrica, per pazienti > 70 anni:

Performance status ECOG (0-5):

Paziente:

---

**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:

Paziente: