



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: