

ALLEGATO 2



Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM)

Patologia _____

Consulto Multidisciplinare del ____/____/____

Cognome e Nome	
Data di nascita	
Luogo di nascita	
Sesso	
Indirizzo di residenza	
Recapiti telefonici	
Codice Fiscale	

Struttura Sanitaria di provenienza	
Medico richiedente	
Recapito telefonico MMG o Struttura di riferimento	
Diagnosi all'ingresso	
Anamnesi Patologica Remota	
Terapia Domiciliare	
Allergie	
Anamesi familiare	
Es. obiettivo	
Es. ematochimici	
Marcatori Tumorali	
ECG Ecocardiogramma	

Stadiazione	RX TORACE	
	TAC Torace/addome/pelvi	
	RM	
	PET	
	Ecografia	
	Endoscopie	
	Scintigrafia Ossea	
Data intervento		
Intervento		
Esame istologico		
Programma Terapeutico		

Case Manager:

Medici Presenti:

Medico	Specializzazione	Firma