

CERTIFICATO ONCOLOGICO A FINI ASSISTENZIALI

Numero certificato..... Nome e cognome del richiedente.....
Sesso.....M..... F..... codice fiscale..... nato a..... prov..... Il.....
codice tessera sanitaria..... Asl di appartenenza.....
STORIA CLINICA.....
OBIETTIVITA'.....

DIAGNOSI ONCOLOGICA

.....epoca prima diagnosi

ALTRE PATOLOGIE

stadiazione

TNM: clinico.....patologico.....
Altra: clinica.....patologica.....

Altri eventuali fattori prognostici di rilievo

Terapie effettuate per:
malattia in fase iniziale
malattia localmente avanzata
malattia metastatica

Chirurgia (tipo/data).....
Chemioterapia (tipo/data inizio e data termine).....
Radioterapia (sedi/dosi/periodo).....
Ormonoterapia...(tipo/data inizio e data termine).....

Risposta al trattamento

- Remissione completa dopo chirurgia e/o terapia medica, conseguita in data
Residuo di malattia o remissione parziale dopo terapia
Recidiva/progressione di malattia accertata in epoca (editabile come testo e non campo data)
Remissione completa/parziale / stazionarietà in malattia metastatica dopo terapia
Progressione in malattia metastatica dopo terapia
Da valutare

Piano terapeutico in corso

- Nessun trattamento
Terapia neoadiuvante
Terapia adiuvante
Terapia per malattia metastatica

Rischio presumibile di ripresa / progressione di malattia

molto alto
alto
medio
basso
molto basso

Follow up

Periodicità e durata presunta

CODICI ICD9

CERTIFICO CHE

- La persona è impossibilitata a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore
Non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza assistenza continua
E' affetta da malattia neoplastica in atto
E' affetta da patologia in situazione di gravità ai sensi del D.M. 2 agosto 2007
Sussistono in atto controindicazioni che rendono rischioso o pericoloso per sé o per gli altri lo spostamento dal suo domicilio

Il presente certificato è rilasciato ai fini della domanda di :

- INVALIDITA' HANDICAP DISABILITA' CECITA' SORDITA' PRELINGUALE

L'oncologo certificante: cognome.....nome.....codice fiscale..... n. iscrizione all'ordine provinciale dei medici..... Presidio Ospedaliero.....Luogo.....data.....