

SCHEDA ANAGRAFICA DI ACCETTAZIONE

CARTELLA N° _____

DATA RICHIESTA ASSISTENZA

Foglio di sala n. _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Luogo di nascita _____ Indirizzo _____

Località _____ Tel. _____ cell. _____

DATI CARE GIVER : _____ INDIRIZZO _____

TELEFONO _____ MAIL _____

email: _____

Medico curante (tel.) _____

PROVENIENZA DEL PAZIENTE

DOMICILIO _____ DIVISIONE ONCOLOGICA (MEDICO RIF.) _____

ALTRO REPARTO OSPEDALIERO (specificare) _____

FONTE ATTRAVERSO CUI IL PAZIENTE E' VENUTO A CONOSCENZA DELL'AMOPUGLIA

CONSAPEVOLEZZA DELLA DIAGNOSI ___ SI ___ NO ___ IN PARTE

ESENZIONE TICKET : _____

CHEMIOTERAPIA / RADIOTERAPIA : _____

RICOVERI NEGLI ULTIMI ULTIMI TRE MESI(MOTIVAZIONE) : _____

Tumore primitivo _____

Informazioni cliniche _TRASFUSIONI: _____

REAZIONI AVVERSE: _____

Comunicazione dei familiari _____

Firma del familiare

(_____)