



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

( \_\_\_\_\_ )