

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: clinicopatologico.....
 Altra: clinicapatologica.....

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: cognomenomecodice fiscale n. iscrizione all'ordine provinciale
 dei medici Presidio Ospedaliero.....Luogodata.....