



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Presidio Ospedaliero di Pescara "Santo Spirito"
UOSD di Radioterapia Oncologica
Responsabile: dott. P. Bonfili
e-mail: radioterapia@asl.pe.it tel. 085/4252876

RADIOTERAPIA ONCOLOGICA - RICHIESTA CONSULENZA

Il presente formulario va compilato in tutte le sue parti, allegando la documentazione richiesta, altrimenti **non verrà preso in considerazione**. Data e ora della visita verranno comunicati telefonicamente.

Generalità del paziente.....

Luogo e data di nascita.....

Residenza..... **Provincia**..... **Via**.....

Telefono.....

Provenienza: RICOVERATO REPARTO.....

ESTERNO

Notizie anamnestiche.....

Diagnosi, Stadio e quesito clinico.....

.....

Sintomatologia attuale.....

.....

Esami diagnostici eseguiti (allegare referti).....

Terapie in atto.....

il materiale radiografico dovrà accompagnare il paziente al momento dell'esecuzione della visita

Medico referente.....

Interventi (specificare data e sede).....

Radioterapia progressa (specificare data e sede del tratt.).....

Chemioterapia (specificare data inizio e fine della terapia).....

Data..... **Medico richiedente (Timbro e Firma)**.....