



**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](mailto: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)**.....