

SCHEDA DI RILEVAZIONE ASP TRAPANI

Minimum data set **ANNI 2014-2017**

Da inviarsi tramite mail a: registro.tumori@asptrapani.it
o in forma cartacea presso la sede del Registro Tumori Fax 0923 26363

Parte A DATI DEL MEDICO

Distretto _____ Comune _____

Cognome e Nome _____

Email _____

Recapiti telefonici _____

Ambulatorio: Indirizzo, Giorni e Orari di ricevimento _____

Parte B DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Sesso **M** **F**

Indirizzo _____

Comune di residenza _____

Stato in vita del paziente Vivente Deceduto

PARTE C NEOPLASIA

Sede Tumore (es Mammella , polmone, prostata ecc) _____

Tipo di tumore: (es carcinoma, adenocarcinoma, sarcoma ecc) _____

Data della prima diagnosi (almeno Mese ed Anno) _____

Allegare documentazione come:

- ❖ Relazione dimissione ospedaliera,
- ❖ Esame istologico,
- ❖ Referti indagini strumentali

Chemioterapia SI NO

Ormonoterapia SI NO

Radioterapia SI NO