Registrazione delle malattie tumorali di adolescenti

secondo l'articolo 6 della legge federale sulla registrazione delle malattie tumorali (LRMT)
Uso del formulario per adolescenti fino all'età di < 20 anni

medForms.ch
© 2019, tutti i diritti riservati

Paziente

Cognome
Nome
Via
NPA località
Data di nasc. Sesso
N. AVS

Destinatario: Registro dei tumori pediatrici

Kinderkrebsregister
Universität Bern
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
Mittelstrasse 43
3012 Bern

Medico curante

Cognome
Nome
Via
NPA località
Tel. Fax
Mail

Ospedale/Clinica

Nome
Dipartimento
Via
NPA località
Tel. Fax
Mail

Inclusione diagnostica tramite ICD10:

Istruzioni:

Sezione «Dati diagnosi»

☐ *già inviato*

Data dell'informazione del paziente sull'inoltro dei dati al RT

Tipo di malattia tumorale: tipo e caratteristiche del tumore

Estensione del tumore al momento della diagnosi: stadio della malattia

Fattori di prognosi specifici del tumore

© 2019, tutti i diritti riservati

Metodo d'esame e base della diagnosi

Circostanza all'origine dell'esame

Metastasi e recidive

Sezione «Dati trattamento iniziale»

Basi della decisione di **procedere al trattamento** (*una sola volta per l'intero complesso terapeutico iniziale*)

Serie di dati per **una misura del percorso terapeutico**

Inizio della misura del percorso terapeutico

Tipo della misura del percorso terapeutico

Obiettivo della misura del percorso terapeutico

© 2019, tutti i diritti riservati

Sezione «Dati supplementari»

«Dati supplementari» è necessario

Predisposizioni

Patologie preesistenti e concomitanti

Esito del primo trattamento

Per tutti i trattamenti successivi

Dati sugli esami di controllo

Data

Invio elettronico

Con il pulsante «**Invia**» si trasmette il modulo direttamente e in modo sicuro al **registro dei tumori** selezionato