

## Diagnosi

Ospedale / Istituto  
Clinica / Unità  
Numero GLN  
Numero dell'istituto  
(numero RIS)

### Data dell'informazione al paziente

### Completato da

Nome  
Indirizzo  
Tel.

E-Mail

<b>Informazioni generali sul paziente</b>		Numero NAVS13		
Cognome		Data di nascita		
Nome (nomi)		Sesso	Femminile	Maschile
Indirizzo		Lingua di contatto		Altro
NPA	Località			
<b>Informazioni relative alla diagnosi</b>		Diagnosi sotto forma di testo		
Data della diagnosi				
Gruppo di diagnosi				
Codice CHOP (se noto)				
<b>Predisposizioni, malattie precedenti e comorbidità</b>				
Codice ICD 10 (se noto)		Diagnosi sotto forma di testo		
<b>Informazioni relative al trattamento</b>				
Trattamento		Obiettivo del trattamento		
Data iniziale del trattamento		Fondamento della decisione terapeutica		
Istituzione responsabile del trattamento (se diverso da sopra)				
<b>Informazioni relative al studio</b>				
Paziente incluso in uno studio		Trattamento secondo uno protocollo di studio	Commenti sullo studio	
Protocollo di studio				
<b>Si prega di allegare i seguenti rapporti, se disponibili</b>				
Rapporti di patologia		Risultati di laboratorio (citologia, ematologia, analisi molecolare, etc.)		
Rapporti di immagine		Rapporti di trapianto		
Rapporti del tumor board		Rapporti di terapia (radio-, chemioterapia, etc.)		
Rapporti di chirurgia		Formulario di consenso (se applicabile)		
Rapporti di dimissione				
Formulario di primo annuncio allo studio				
<b>Altri commenti</b>				



## Follow-Up / Terapia

Ospedale / Istituto  
 Clinica / Unità  
 Numero GLN  
 Numero dell'istituto  
 (numero RIS)

### Completato da

Nome

Indirizzo

Tel.

E-Mail

<b>Informazioni generali sul paziente</b>		Numero NAVS13		
Cognome		Data di nascita		
Nome (nomi)		Sesso	Femminile	Maschile
Indirizzo				Altro
NPA	Località			
<b>Follow-Up / Terapia</b>				
Tipo d'evento		Data dell'evento		
Stato di remissione				
<b>Effetti tardivi</b>				
Data della diagnosi		Diagnosi in forma scritta		
Codice ICD 10 (se noto)				
<b>Nuove informazioni relative al trattamento</b>				
Codice CHOP (se noto)		Obiettivo del trattamento		
Trattamento		Fondamento della decisione terapeutica		
Data iniziale del trattamento				
<b>Nuove informazioni relative allo studio</b>				
Paziente incluso in uno studio		Trattamento secondo uno protocollo di studio		Commenti sullo studio
Protocollo di studio				
<b>Si prega di allegare i seguenti rapporti, se disponibili</b>				
Rapporti di dimissione				
Nuovo formulario del primo annuncio allo studio (se applicabile)				
Rapporti di terapia				
Rapporto dell'autopsia (se applicabile)				
Rapporti del tumor board				
Formulari di consenso (se applicabile)				
<b>Altri commenti</b>				



**Decorso della malattia**

Ospedale / Istituto  
 Clinica / Unità  
 Numero GLN  
 Numero dell'istituto  
 (numero RIS)

**Completato da**

Nome  
 Indirizzo  
 Tel.

E-Mail

<b>Informazioni generali sul paziente</b>		Numero NAVS13		
Cognome		Data di nascita		
Nome (nomi)		Sesso	Femminile	Maschile
Indirizzo				Altro
NPA	Località			

<b>Corso della malattia</b>
Nuovo evento
Data dell'evento

<b>Nuove informazioni relative al trattamento</b>	
Codice CHOP (se noto)	Obiettivo del trattamento
Trattamento	Fondamento della decisione terapeutica
Data iniziale del trattamento	

<b>Nuove informazioni relative allo studio</b>		
Paziente incluso in uno studio	Trattamento secondo uno protocollo di studio	Commenti sullo studio
Protocollo di studio		

<b>Please attach following reports if available</b>	
Rapporti di patologia	Risultati di laboratorio (citologia, ematologia, analisi molecolare, etc.)
Rapporti di immagine	Rapporti di trapianto
Rapporti del tumor board	Rapporti di terapia (radio-, chemioterapia, etc.)
Rapporti di chirurgia	Formulari di consenso (se applicabile)
Rapporti di dimissione	
Formulario del primo annuncio allo studio	
<b>Altri commenti</b>	