

REFERTO VISITA DI SCREENING

NOME STRUTTURA OSPEDALIERA

INDIRIZZO	

IN DATA ODIERNA HO SOTTOPOSTO A SCREENING

IL SIG. / LA SIG.RA

NELL'AMBITO DELLA GIORNATA NAZIONALE DELLA PREVENZIONE DEI TUMORI DEL COLLO

L'ESITO È STATO IL SEGUENTE



PASS

IL PAZIENTE NON NECESSITA
DI ULTERIORI APPRFONDIMENTI



FAIL

IL PAZIENTE NECESSITA
DI ULTERIORI APPRFONDIMENTI

APPROFONDIMENTI

TC COLLO CON MDC	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	ECO COLLO + FNAC	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
ENDOSCOPIA DELLE VADS	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	VISITA ORL DI CONTROLLO PER VISIONE REFERTI	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

NOTE

ANCHE IN CASO DI ESITO FAVOREVOLE, SE SI È SOGGETTI
AD ALMENO UN FATTORE DI RISCHIO SI RACCOMANDA DI
EFFETTUARE OGNI ANNO UNA VISITA SPECIALISTICA