



Rete Oncologia Regionale

Dipartimento Oncologico Azienda Sanitaria
Presidio Ospedaliero

SCHEDA GOM _____

Data: _____

Nome e Cognome: _____ Data Nascita: _____ Sesso: _____

Cod. Fisc.: _____

Richiedente: _____ **U.O.:** _____

GOM :

Pre-trattamento

Post-trattamento

Altro (Specificare quesito) _____

Diagnosi (prime 3 cifre ICD): _____ **Data diagnosi:** _____

Esame Istologico SI NO (Se disponibile allegare referto)

Stadio : _____

Esito del Consulto

Indicazione

Chirurgia

Terapia medica

Radioterapia

Diagnosi

Stadiazione

Follow-up

Cure Palliative

Altro _____

Possibilità Trial clinico: SI NO

Note di discussione _____

Paziente inviato dopo discussione GOM a:

Chirurgia

Oncologia Medica

Radioterapia

Unità di Cure Palliative

MMG

Altro.....

Professionisti presenti: (nome per esteso)

Core Team

- Chirurgo: _____
- Specialista d'organo: _____
- Oncologo Medico: _____
- Radioterapista: _____
- Anatomo Patologo : _____
- Specialista in diagnostica per immagini: _____
- Infermiere (case manager): _____

Altri partecipanti

- Psico-oncologo: _____
- Medico Internista: _____
- Genetista: _____
- Palliativista: _____
- Medico di Medicina Generale: _____
- Fisioterapista: _____
- Dietista: _____
- Altri professionisti: _____

FIRME:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

IL COORDINATORE GOM: _____