

RICHIESTA DI IEO SECOND OPINION

DATI DEL PAZIENTE

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita _____ **Sesso** Maschile Femminile

Cittadinanza _____

Indirizzo di Residenza _____

Città _____ **Provincia** _____ **CAP** _____

Telefono _____ **Fax** _____

Cellulare _____ **E-mail** _____ @ _____

DATI DEL RICHIEDENTE (da compilare solo se persona diversa dal Paziente)

Cognome _____ **Nome** _____

Data di Nascita _____ **Sesso** Maschile Femminile

Cittadinanza _____

Indirizzo di Residenza _____

Città _____ **Provincia** _____ **CAP** _____

Telefono _____ **Fax** _____

Cellulare _____ **E-mail** _____ @ _____

Relazione con il Paziente (*barrare una delle opzioni di seguito elencate*)

- Genitore di minore con potestà (munito di stato di famiglia)
- Soggetto esercente tutela, curatela o amministrazione di sostegno (munito di documentazione comprovante)

Si richiede di indicare in quale formato si preferisce ricevere il referto della IEO Second Opinion:

- e-Mail Fax Corriere (in questo caso è richiesto il pagamento aggiuntivo di 18.00€)

Si richiede di indicare la lingua in cui si desidera ricevere il referto della IEO Second Opinion (si prega di selezionare una sola lingua):

- Italiano Inglese

DIAGNOSI e QUESITO/ CLINICO/

Qual è l'attuale diagnosi? *Si richiede gentilmente di essere sintetici, chiari e concisi*

Domande per i Medici IEO *Si richiede gentilmente di essere sintetici, chiari e concisi*

DOCUMENTAZIONE CLINICA RICHIESTA

I documenti e i materiali inviati saranno archiviati da IEO.

Tutta la documentazione clinica deve essere in lingua italiana o inglese.

Se possibile inviare copia della documentazione clinica delle immagini, non gli originali.

- Questionario Clinico
- Referti operatori di eventuali interventi chirurgici
- Referti di esami diagnostici (TC, Risonanza Magnetica, RX, Ecografie,...)
- Referti di esami di laboratorio
- Immagini/CD di esami diagnostici (in formato DICOM)
- Referti istologici
- Una relazione di accompagnamento dal vostro medico referente che deve contenere le seguenti informazioni: diagnosi e stadio della malattia, anamnesi non oncologica, anamnesi oncologica dettagliata, terapie in corso, farmaci a domicilio, problemi attivi e il quesito clinico per la Second Opinion.

Data _____

Firma del Paziente o del Rappresentante Legale _____