 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO Direzione Generale – Direttore: dott. Paolo Cannas	Mo_CBU_001
	Modulo Refertazione Collegiale Senologia	
VERBALE REFERTO COLLEGIALE BREAST UNIT (B.U.)		

RIUNIONE del _____ **CASO** proposto da (Medico e SC): _____

☐ Valutazione PRE Operatoria
 ☐ Valutazione POST Operatoria

PAZIENTE Cognome Nome.....
 CF.....
 nato/a a Prov. il/...../.....
 Provenienza

STATO MENOPAUSALE: ☐ fertile ☐ menopausa dal.....

COMORBILITÀ

TERAPIA FARMACOLOGICA

DIAGNOSI ONCOLOGICA

DATI RADIOLOGICI (data)

Mammografia _____
 Ecografia mammaria _____
 Ecografia ascellare _____
 RM _____
 Altro _____


ESAME ISTOLOGICO PRE Intervento: data: _____
 RE RPg KI67 HER2 SISH

STADIO CLINICO: T _____ N _____ M _____

DATA INTERVENTO: _____ **TIPO:** _____

ESAME ISTOLOGICO POST intervento:
 RE RPg KI67 HER2 SISH PD-L1

STADIO PATOLOGICO: T _____ N _____ M _____ R _____ (R ☐ non applicabile)

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO Direzione Generale – Direttore: dott. Paolo Cannas	Mo_CBU_001
	Modulo Refertazione Collegiale Senologia	
VERBALE REFERTO COLLEGIALE BREAST UNIT (B.U.)		

DOPO VALUTAZIONE COLLEGIALE DEL CASO SI PROPONE:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> RT-CT neoadiuvante preoperatoria | <input type="checkbox"/> Ormonoterapia |
| <input type="checkbox"/> RT preoperatoria | <input type="checkbox"/> Chirurgia |
| <input type="checkbox"/> Chirurgia ricostruttiva | <input type="checkbox"/> Ampliamento chirurgico |
| <input type="checkbox"/> RT esclusiva | <input type="checkbox"/> RT-CT esclusiva |
| <input type="checkbox"/> CT preoperatoria neoadiuvante | <input type="checkbox"/> RT postoperatoria |
| <input type="checkbox"/> Dissezione ascellare | <input type="checkbox"/> RT-CT postoperatoria adiuvante |
| <input type="checkbox"/> CT postoperatoria adiuvante | <input type="checkbox"/> RT stazioni linf. sovraclaveari |
| <input type="checkbox"/> anti HER2 | <input type="checkbox"/> RT mammella |
| <input type="checkbox"/> RT palliativa | <input type="checkbox"/> RT ascella |
| <input type="checkbox"/> CT malattia metastatica | <input type="checkbox"/> RT altre sedi |
| <input type="checkbox"/> Macro biopsia | <input type="checkbox"/> RT-CT palliativa |
| <input type="checkbox"/> Follow up | <input type="checkbox"/> Terapia di supporto |
| <input type="checkbox"/> Cure Palliative | <input type="checkbox"/> Protocollo studio clinico |
| <input type="checkbox"/> Rivalutazione TMD | <input type="checkbox"/> |

Indirizzato a

Note

.....

Struttura	Referente	Firma
Anatomia Patologica		
Chirurgia Oncologica /Senologica		
Oncologia Medica		
Radioterapia		
Radiodiagnostica		
Personale CAS		