

ZUWEISUNGSFORMULAR FÜR
223RA-DICHLORIDTHERAPIE (XOFIGO)

MODULO RICHIESTA TERAPIA
CON 223RA-DICLORURO (XOFIGO)

ZUNAME - COGNOME

NAME - NOME

GEBURTSDATUM - DATA DI NASCITA

HERKUNFT (Stadt) - PROVENIENZA (Città)

TELEFON - TELEFONO

ZUWEISENDER ARZT - MEDICO REFERENTE

TELEFON - TELEFONO

- GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN - COMPENSORIO SANITARIO DI BOLZANO
 GESUNDHEITSBEZIRK MERAN - COMPENSORIO SANITARIO DI MERANO
 GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN - COMPENSORIO SANITARIO DI BRESSANONE
 GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK - COMPENSORIO SANITARIO DI BRUNICO

DATUM UND ART DER PROSTATAOPERATION - DATA E TIPO DI INTERVENTO ALLA PROSTATA

DATUM UND DOSIS DER PROSTATABESTRAHLUNG - DATA E DOSE DI TRATTAMENTO RADIANTE ALLA PROSTATA

TNM _____ GLEASON SCORE _____

PSA (bei Erstdiagnose - al momento della diagnosi) _____ ng/ml

PSA TOTAL aktuell (die drei letzten Werte) - PSA TOTALE attuale (ultimi tre valori) _____ ng/ml; _____ ng/ml; _____ ng/ml

PET/CT mit 18F-Cholin - PET/TC con 18F-COLINA _____

KNOCHENSZINTIGRAPHIE - SCINTIGRAFIA OSSEA _____

ANDERE RADIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN - ALTRI ESAMI RADIOLOGICI ESEGUITI
(beschreiben und Kopie beilegen - precisare ed allegare copia dei referti)

GEWICHT - PESO Kg _____

THROMBOZYTEN - PIASTRINE _____ NEUTROPHILE - NEUTROFILI _____ HÄMOGLOBIN - EMOGLOGINA _____

MANDIBULÄRE OSTEONEKROSE - OSTEONECROSI MANDIBOLARE JA - SI NEIN - NO Behandlungsdatum - Data del trattamento _____

CHEMOTHERAPIE - JA - SI Ende des letzten Therapiezyklus - Data termine ultimo ciclo _____ NEIN - NO
CHEMIOTERAPIA

BISPHOSPHONATTHEAPIE - JA - SI Therapiebeginn - Data inizio _____ NEIN - NO
TERAPIA CON BIFOSFONATI

HORMONTERAPIE - JA - SI Typ - Quale _____ Therapiebeginn - Data inizio _____ NEIN - NO
ORMONOTERAPIA

IMMUNTERAPIE - JA - SI Typ - Quale _____ Therapiebeginn - Data inizio _____ NEIN - NO
IMMUNOTERAPIA

ZWEITLINIENHORMONTERAPIE JA - SI Typ - Quale _____ Therapiebeginn - Data inizio _____ NEIN - NO
NUOVI AGENTI ORMONALI

VORHERGEHENDE KNOCHENBESTRAHLUNG - JA - SI Abschlussdatum - Data termine _____ Lokalisation - Sede _____
TRATTAMENTO RADIANTE SULL'OSSO
 NEIN - NO

SCHMERZTHERAPIE - JA - SI Typ - Quale _____ Therapiebeginn - Data inizio _____
TERAPIA DEL DOLORE
Lokalisation - Sedi del dolore _____
 NEIN - NO

Zuweisender Arzt (Stempel und Unterschrift) - Medico richiedente (firma e timbro)

Datum - Data _____