

**Dipartimento Medico Generale e Riabilitativo****SC Oncologia** - Sede1 - Sede2

Direttore F.F. Dr. Nome Cognome

Telefono: 0124/568745

Fax: 0124/587485

e-mail: [oncologia.sede1@mail.it](mailto:oncologia.sede1@mail.it)**SS Oncologia** - Sede3

Responsabile Dr. Nome Cognome

Telefono: 0124/587485

Fax: 0124/568745

e-mail: [oncologia.sede2@mail.it](mailto:oncologia.sede2@mail.it)**SS Cure Palliative e Hospice** Sede4

Responsabile Dr. Nome Cognome

Telefono: 0124/568745

Fax: 0124/587485

e-mail: [curepalliative@mail.it](mailto:curepalliative@mail.it)**REFERTO DI VISITA ONCOLOGICA**Alla cortese attenzione del medico curante **Dr.** ,in data 15/03/2023 presso , è stata visitata la paziente **TRENTOTTO GELSOMINA**, nata il **27/08/1956** a CUNEO.**Diagnosi Oncologica****Data: 16-02-2023 Polmone-istotipo: Altri tumori del polmone;****Anamnesi**

[Questo paragrafo contiene una descrizione testuale della storia clinica]

**Allergie:** [Questo paragrafo contiene le allergie]**Esame Obiettivo**

[Questo paragrafo contiene l'esame obiettivo]

**Diario Clinico****Accertamenti Effettuati**

[Questo paragrafo contiene una descrizione testuale degli accertamenti effettuati]

**Indicazioni**

[Questo paragrafo contiene una descrizione testuale delle indicazioni]

**Si prescrive****Terapie abituali già in corso, impostate dal curante o altri specialisti**

[Questo paragrafo contiene una descrizione testuale delle terapie in corso]

Si prega di conservare questa lettera e di riportarla in caso di successivi ricoveri o visite ambulatoriali.

Distinti Saluti,

**Il medico**  
ONCO 6

