

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**SS Oncologia** - Sede3

Responsabile Dr. Nome Cognome

Telefono: 0124/587485

Fax: 0124/568745

e-mail: 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**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****Allergie:****Esame Obiettivo****Diario Clinico****Accertamenti Effettuati**

prova

Indicazioni

prova

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

prova

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

Distinti Saluti,

Il medico
ONCO 6

