

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** , 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

