



## REFERTO VISITA DI SCREENING

### NOME STRUTTURA OSPEDALIERA

INDIRIZZO

IN DATA ODIERNA HO SOTTOPOSTO A SCREENING

LA SIG.RA / IL SIG.

NELL'AMBITO DELLA 4ª GIORNATA NAZIONALE DELLA PREVENZIONE DEI TUMORI DEL CAVO ORALE

### L'ESITO È STATO IL SEGUENTE



**PASS**

IL PAZIENTE NON NECESSITA  
DI ULTERIORI APPROFONDIMENTI



**FAIL**

IL PAZIENTE NECESSITA  
DI ULTERIORI APPROFONDIMENTI

### APPROFONDIMENTI

TC CAVO ORALE E COLLO CON MDC

 SÌ  NO

ECO COLLO + FNAC

 SÌ  NO

ENDOSCOPIA DELLE VADS

 SÌ  NO

VISITA ORL DI CONTROLLO  
PER VISIONE REFERTI

 SÌ  NO

### NOTE

---

---

---

---

---

ANCHE IN CASO DI ESITO FAVOREVOLE, SE SI È SOGGETTI  
AD ALMENO UN FATTORE DI RISCHIO SI RACCOMANDA DI  
EFFETTUARE OGNI ANNO UNA VISITA SPECIALISTICA

**21 APRILE 2022**

4ª Giornata della Prevenzione AOOI

Diagnosi precoce dei tumori del cavo orale

(firma del medico)