

REGISTRAZIONE NUOVO PAZIENTE

I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.	
Cognome*: (Inserire cognome o le prime 3 lettere)	_____
Nome*: (Inserire nome o le prime 3 lettere)	_____
Codice fiscale: (Campo obbligatorio per i farmaci: Tarceva, Nexavar, Sutent, Sprycel, Revlimid e Atriance)	_____
Solo nel caso in cui il paziente non possieda codice fiscale inserire i dati seguenti:	
Il paziente dichiara di non essere già stato sottoposto ad analogo trattamento :	Si No
Tipo di documento di riconoscimento :	Passaporto Permesso di soggiorno Altro
Se Altro Specificare:	_____
Numero documento di riconoscimento:	_____
Nazione dell'Autorità che ha rilasciato il documento:	_____
In accordo alla normativa sulla privacy 196/2003, nel database globale il paziente sarà identificato dal codice che sarà assegnato automaticamente dal sistema. Nel database ad uso locale il paziente potrà essere identificato da cognome, nome o iniziali	
Data di nascita* :	_____ (gg/mm/aaaa)
Sesso* :	M F
Luogo di nascita* (Comune)	_____ <input type="checkbox"/> Estero
Regione (compilata automaticamente):	_____
Numero Cartella Clinica:	_____
ASL di residenza del Paziente* :	_____

ASL di domicilio diversa da quella di residenza: *	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
ASL di domicilio del Paziente: *	_____
Scegli il farmaco (Nome commerciale) *:	<input type="radio"/> AVASTIN <input type="radio"/> ELOXATIN <input type="radio"/> EMEND <input type="radio"/> ERBITUX <input type="radio"/> FASLODEX <input type="radio"/> FOSCAN <input type="radio"/> GLIADEL <input type="radio"/> ZEVALIN <input type="radio"/> TARCEVA <input type="radio"/> KEPIVANCE <input type="radio"/> HERCEPTIN <input type="radio"/> NEXAVAR <input type="radio"/> SUTENT <input type="radio"/> SPRYCEL <input type="radio"/> REVLIMID <input type="radio"/> ATRIANCE

Nome del Medico

Data

Firma