

**REGISTRAZIONE NUOVO PAZIENTE**

<b>I campi contrassegnati dall'* sono obbligatori.</b>	
Cognome*: (Inserire cognome o le prime 3 lettere)	_____
Nome*: (Inserire nome o le prime 3 lettere)	_____
Codice fiscale: (Campo obbligatorio per i farmaci: Avastin, Tarceva, Nexavar, Sutent, Sprycel, Revlimid, Revlimid 648, Atriance, Tasigna, Torisel)	_____
<b>Solo nel caso in cui il paziente non possieda codice fiscale inserire i dati seguenti:</b>	
Il paziente dichiara di non essere già stato sottoposto ad analogo trattamento :	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Tipo di documento di riconoscimento :	<input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Permesso di soggiorno <input type="checkbox"/> 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* :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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"/> Sì <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 <input type="radio"/> TASIGNA <input type="radio"/> REVLIMID 648

\_\_\_\_\_  
Nome del Medico

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Firma