

GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE (GIC)

SINDROMI MIELOPROLIFERATIVE

☐ GIC AZIENDALE ☐ GIC INTERAZIENDALE (inserire nome Aziende).....

☐ RESPONSABILE GIC nome cognome disciplina

GIC in presenza del PAZIENTE ☐ SI ☐ NO

DATI PAZIENTE :

COGNOME NOME.....DATA DI NASCITA.....

RESIDENZA.....TELEFONO.....

CARE GIVER.....

PRESENZA EVENTUALI FRAGILITA' ☐ SI ☐ NO

CAS che ha inviato il paziente o altra sua provenienza

DISCIPLINA a cui è affidato il paziente

PROVENIENZA DEL PAZIENTE, ANAMNESI:

.....
.....
.....

QUESITO CLINICO:

.....
.....
.....

VALUTAZIONE INDICAZIONE A TRIAL CLINICO:

.....
.....



INTESTAZIONE AZIENDA

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE/DECISIONE GIC:

.....

.....

.....

DATA RIUNIONE:

MODALITA' ☐ in presenza ☐ in remoto ☐ mista

FIRME DEI PRESENTI

NOME E COGNOME

SPECIALITA'

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Si ricorda che la firma attesta la partecipazione attiva alla discussione ed ha un valore legale.