

INTESTAZIONE AZIENDA

GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE (GIC)

TIROIDE

☐ 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

PRESENTAZIONE DEL CASO A CURA DI:

.....

DATI CLINICI/RELAZIONE CLINICA

Dati anagrafici	
Dati anamnestici e clinici rilevanti	
Terapia in atto	
Tipologia intervento chirurgico	
Referto istologico e stadio alla diagnosi	
Stratificazione del rischio di recidiva secondo ATA	☐ Basso ☐ Medio ☐ Alto Solo per prime diagnosi/primo passaggio in GIC
Terapia radiometabolica	Numero di cicli/attività cumulativa somministrata
Ulteriori terapie eseguite	

INTESTAZIONE AZIENDA

Risposta attuale al trattamento	☐ Eccellente ☐ Risposta biochimica incompleta ☐ Risposta strutturale incompleta ☐ Risposta indeterminata Solo per discussioni GIC successive alla prima diagnosi
Ultimi dosaggi marcatori/esami strumentali	
Eventuali indagini molecolari	
Quesito clinico per discussione GIC	

DISCUSSIONE:

.....

.....

.....

CONCLUSIONE (specificare eventuali pareri contrari e relativa motivazione):

.....

.....

Decisione collegiale	
Conformità alle linee guida	

PAZIENTE IN CARICO A : Data in cui verrà riferito l'esito al paziente :
--

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.