INTESTAZIONE AZIENDA

GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE (GIC)
TUMORI del PANCREAS (neoplasie esocrine)

VISITA COLLEGIALE (GIC) PRIMA VALUTAZIONE

□ 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 ……

QUESITO CLINICO ALLA DISCUSSIONE COLLEGIALE:

……
……

SINTESI STORIA CLINICA E PRINCIPALI COMORBILITA'.

PRESENTAZIONE DEL CASO A CURA DI: nome cognome disciplina *(chi presenta il caso dovrà riferire la decisione al paziente)*

ANAMNESI FAMIGLIARE per patologia oncologica (in particolare per neoplasie pancreatiche, ginecologiche e mammaria)……
……

DATI ANAMNESTICI

Fumo: attivo/pregresso/quantità e tempo di esposizione……

A*lcolici:* si/pregresso/no/ entità dell'esposizione……

Comorbilità (con riferimento a patologie d'organo)……

Diabete □SI □NO data di insorgenza……

DATI CLINICI

Performance status : ECOG…… o Karnofsky

Peso: …… *Altezza*:……*Calo ponderale* (indici di malnutrizione se disponibili)

INTESTAZIONE AZIENDA

D*olore*: SI/NO NRS: ……..farmaci antidolorifici: ……..

STADIAZIONE

TC addome con mdc: data……..referto……
TC torace: data……referto……
Ecoendoscopia; data……..referto……

Altri esami: tipo di esame ……..data…….. referto……..

Valori di Ca19.9 …… valori di bilirubina (del giorno di determinazione dei valori di ca 19.9)

E*same cito-istologico*: □SI □NO data……..referto……..
Drenaggio biliare: □SI □NO data …….. tipo di drenaggio (percutaneo\endoscopico) tipo di protesi (plastica\metallica)……

Eventuali complicazioni drenaggio biliare ……..

DISCUSSIONE:
Presa visione della documentazione clinica e dopo revisione delle immagini radiologiche il/la paziente risulta affetto/a da carcinoma del pancreas (sospetto/accertato):……..
……..
□ RESECABILE……
□BORDERLINE RESECTABLE ANATOMICO* e/o BIOLOGIC0 e/o CLINICO
□LOCALMENTE AVANZATO
□METASTATICO……

*specificare il tipo di rapporto vascolare ed i vasi interessati

Necessita di pre-abilitazione: □SI □NO

PARERE DEL GIC E INDICAZIONI DEL PERCORSO DI CURA (specificare eventuali pareri contrari e relativa motivazione):

Motivare indicazione terapeutica se non coerente con PSDTA
……
……
NOTE
……
……

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.