

ORAL CANCER DAY 2024

Modulo di invio del paziente presso il Centro di Medicina Orale di riferimento

Luogo e Data Visita: _____

Nome e Cognome Paziente: _____

Luogo e data di nascita del Pz: _____

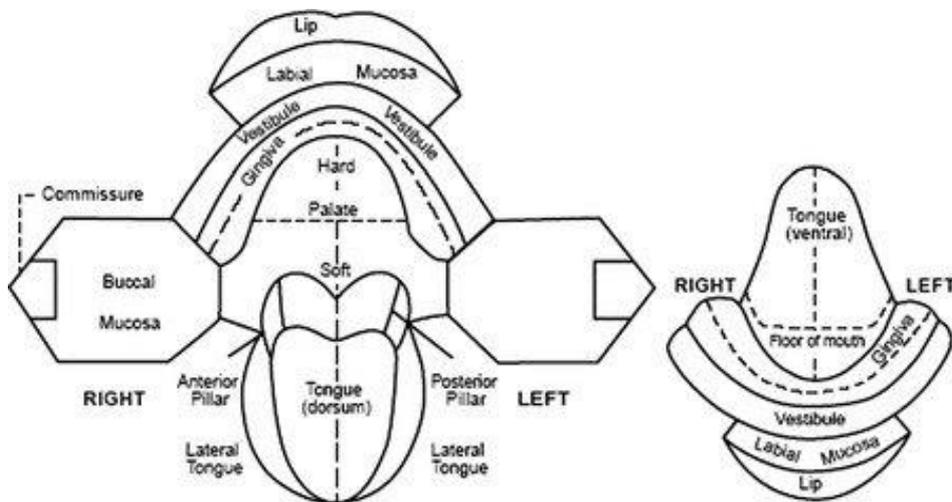
Fumo: si/ no/ ex Numero di sigarette/die: _____ Alcol: si/ no/ ex

Tipo di lesione elementare: vescicola – bolla – erosione – ulcera – papula – macula –

macchia – placca – tumefazione – neoformazione

Data comparsa lesione/i: _____

Localizzazione lesione/i: _____



Breve descrizione lesione/i: _____

Sospetto diagnostico: _____

Eventuali note: _____

Firma del Medico
