
 ASL Lecce PugliaSalute		CHECK LIST RIUNIONE MDT BREAST UNIT				pag.1/2					
La presente check list fornisce una guida ai professionisti, a carattere generale e non esaustivo, utile a verificare prima dell’inizio della riunione del team multidisciplinare (preoperatorio e postoperatorio) la completezza delle informazioni e della documentazione necessaria per la presentazione, discussione e valutazione dei casi programmati.											
PREOPERATORIO											
Dati anagrafici della paziente											
Nome Cognome		Data di nascita		Sesso		Residenza		Telefono			
.....				
NOTE ANAMNESTICHE											
Allergie		<input type="checkbox"/>		Terapia farmacologica		<input type="checkbox"/>		Ultima Mestruazione		<input type="checkbox"/>	
Peso		<input type="checkbox"/>		Interventi chirurgici		<input type="checkbox"/>		Figli		<input type="checkbox"/>	
Altezza		<input type="checkbox"/>		Rischio eredo-familiare		<input type="checkbox"/>		Dimensione mammella		<input type="checkbox"/>	
Fumo		<input type="checkbox"/>		Menarca		<input type="checkbox"/>		Fattori di rischio per ricostruzione mammaria		<input type="checkbox"/>	
Comorbidità		<input type="checkbox"/>		Menopausa		<input type="checkbox"/>		(fumo, B.M.I., diabete, radioterapia)			
ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA E REMOTA INCLUSA VALUTAZIONE PSICOLOGICA, REFERTI ESAMI ESEGUITI E DOVE <input type="checkbox"/>						DIAGNOSI PREOPERATORIA <input type="checkbox"/>					
						ESAMI DI STADIAZIONE <input type="checkbox"/>					
ESAME ISTOLOGICO, PANEL FATTORI BIOPROGNOSTICI, STADIAZIONE CLINICA											
I lesione: Lato , quadrante e dimensioni											
cT		cN		M		Stadio		Grading		Ki 67%	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ER%											
<input type="checkbox"/>											
Istologia		T(cm)		HER 2		FISH		PgR%			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
II lesione: Lato , quadrante e dimensioni											
cT		cN		M		Stadio		Grading		Ki 67%	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ER%											
<input type="checkbox"/>											
Istologia		T(cm)		HER 2		FISH		PgR%			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Data valutazione								<input type="checkbox"/>			

		CHECK LIST RIUNIONE MDT BREAST UNIT				pag.2/2		
POSTOPERATORIO								
Dati anagrafici della paziente								
Nome Cognome		Data di nascita		Sesso	Residenza		Telefono	
.....		
NOTE ANAMNESTICHE								
Allergie		<input type="checkbox"/>	Terapia farmacologica		<input type="checkbox"/>	Ultima Mestruazione		<input type="checkbox"/>
Peso		<input type="checkbox"/>	Interventi chirurgici		<input type="checkbox"/>	Figli		<input type="checkbox"/>
Altezza		<input type="checkbox"/>	Rischio eredo-familiare		<input type="checkbox"/>			
Fumo		<input type="checkbox"/>	Menarca		<input type="checkbox"/>			
Comorbidità		<input type="checkbox"/>	Menopausa		<input type="checkbox"/>			
ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA E REMOTA INCLUSA VALUTAZIONE PSICOLOGICA, REFERTI ESAMI ESEGUITI E DOVE <input type="checkbox"/>				TIPO, DATA, SEDE E QUADRANTE INTERVENTO CHIRURGICO ESEGUITO <input type="checkbox"/>				
ESAME ISTOLOGICO, PANEL FATTORI BIOPROGNOSTICI, STADIAZIONE ISTO-PATOLOGICA								
pT		pN	M	Stadio	Grading		Ki 67%	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
ER%		PgR%						
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
LN Esaminati		Numero N+	Micro	Macro				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Istologia		T(cm)	HER2	FISH				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Data valutazione <input type="checkbox"/>								