

## Check list per la paziente con carcinoma mammario

Cognome, nome:

Data nascita.

Sede neoplasia: lato: SX    Dx    quadrante:

Piano di trattamento concordato:

Esame istologico/citologico	<input type="checkbox"/>	necessaria estemporanea	<input type="checkbox"/>
Mammografia	<input type="checkbox"/>	necessario repere	<input type="checkbox"/>
Ecografia	<input type="checkbox"/>	necessario repere	<input type="checkbox"/>
Procedura per linfonodo sentinella	<input type="checkbox"/>		
Routine ematochimica	<input type="checkbox"/>		
Visita anestesiologicala	<input type="checkbox"/>		
Consenso informato	<input type="checkbox"/>		
Agocannula IV	<input type="checkbox"/>	Iniezione tracciante	<input type="checkbox"/>
Posizionamento su letto operatorio e monitoraggio	<input type="checkbox"/>		
Necessità di prenotazione di estemporanea	<input type="checkbox"/>	prenotata	<input type="checkbox"/>
Necessità di prenotazione per Rxgrafia del pezzo operatorio	<input type="checkbox"/>	prenotata	<input type="checkbox"/>
Preparazione dei "centri di costo"	<input type="checkbox"/>		

**Note:**

Data:

Firma