APEO
ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE
DI ESTETICA ONCOLOGICA

Misurazione post chirurgia oncologica

Deficit/sequela
Scapola alata: _____ presente ( ) _____ assente ( )

Axillary web sindrome: _____ presente ( ) _____ assente ( )

Deficit agli arti inferiori: _____ presenti ( ) _____ assenti ( )

Difficoltà a muovere gli arti superiori NO ( ) SI ( ) SE si che tipo di difficoltà? _____

Difficoltà a muovere gli arti inferiori NO ( ) SI ( ) SE si che tipo di difficoltà? _____

Deficit muscolare/articolare: presenti ( ) assenti ( )
se presenti, dove:
_____

Deficit di sensibilità: presente ( ) assente ( )
se presente, quale zona è interessata?:
_____

ALTRE SEQUELE:
Edema
_____

Localizzazione:
Fovea: _____ presente ( ) _____ assente ( )

Test del declive: _____ riduzione ( ) _____ invariato ( )

Segno di Stemmer (solo arti inf.): _____ presente ( ) _____ assente ( )

Linfedema:
_____

Localizzazione:
_____

Punto di repere anatomico:
_____

Misurazione centimetrica dal punto di repere:_____ ogni ____ cm

n.	Dx	Sx
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		

Braccio dominante:

Misurazione mano a 8 _____ Dx _____ Sx

APEO
ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE
DI ESTETICA ONCOLOGICA

TRATTAMENTI VISO

DATA	TRATTAMENTO

TRATTAMENTI CORPO

DATA	TRATTAMENTO

NOTE _____
_____
_____

APEO
ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE
DI ESTETICA ONCOLOGICA

SCHEDA CHECK-UP

COGNOME _____
NOME _____
ETA' _____
VIA _____
CAP _____ CITTA' _____
TEL. _____
E-MAIL_____ @ _____

Informativa DLGS 196/03 per il trattamento dei dati personali
Gentile Signora / e ,
desideriamo informarLa che la legge prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Ai sensi della Legge indicata, tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

1) Il trattamento dei Suoi dati:
a - avrà finalità limitate e relative alla sola effettuazione di trattamenti estetici viso / corpo presso il nostro Centro;
b - sarà effettuato su supporto cartaceo;
c - i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendoLe espressamente il consenso.

2) Il conferimento dei dati è facoltativo e la loro mancata comunicazione non ha alcuna conseguenza sulla esecuzione del contratto e sulla prosecuzione del nostro rapporto.

3) Il titolare del trattamento del Centro Estetico è _____ sito in _____

Al titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti così come previsti DLGS 196/03.

Consenso per il trattamento di dati sensibili

Il/La sottoscritta/o sig.ra/sig. _____

acquisite le informazioni di cui DLGS 196/03, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i medesimi

rientrano nel novero dei dati cd. "sensibili", essendo idonei a rivelare lo stato di salute della persona.

Data e luogo _____ Firma leggibile _____