

CHECK-UP Cliente in terapia oncologica

DIAGNOSI ATTUALE: _____

Data della diagnosi: _____ Ospedale di riferimento _____

Note _____

TERAPIA ONCOLOGICA ATTUALE

• FARMACOLOGICA _____

Medico di riferimento _____

Data (dal _____ al _____) Tipo di farmaco _____

Data (dal _____ al _____) Tipo di farmaco _____

Data (dal _____ al _____) Tipo di farmaco _____

Effetti indesiderati sulla cute _____

Note _____

• RADIOTERAPICA Data (dal _____ al _____)

Medico di riferimento _____

Note _____

• CHIRURGICA _____

Cicatrici Edemi Altro data _____

Medico di riferimento _____

Note _____

SEGNI CLINICI ATTUALI: _____

Da farmacologia: _____

Da radioterapia: _____

Da chirurgia: _____

Note _____

• STORIA CLINICA ONCOLOGICA PREGRESSA _____

PRESCRIZIONE COSMETOLOGICA

VISO { Detersione _____
Crema _____

CORPO { Detersione _____
Crema _____

Protezione SOLARE _____

Trattamento autocura MANI _____

Trattamento autocura PIEDI _____

Trattamenti Viso: _____

Trattamenti Corpo: _____

Protocollo: _____

Sedute: _____

Note _____
