



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



PRESIDIO
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIO



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

azienda sanitaria universitaria
INTEGRATA DI UDINE



I.M.F.R.

SCHEDA PAZIENTE

Nome Cognome

Sesso: M ☐ F ☐

Data Nascita: __/__/__;

Provenienza:

Altezza: ____ m; Peso: ____ Kg; Calo ponderale: ____ Kg;

Fumo SI ☐ NO ☐; Arteriopatia Arti Inferiori SI ☐ NO ☐; CardioASA SI ☐ NO ☐;

Anticoagulanti SI ☐ NO ☐; Cardiopatia ischemica SI ☐ NO ☐; Pregressa Ch. toracica SI ☐ NO ☐;

Neoad CT SI ☐ NO ☐; Neoad Radioterapia SI ☐ NO ☐;

Istologia ADK ☐; SCC ☐; Sede tumore _____;

MSI (Stabile/instabile)

PDL1(positivo/negativo).....

HER2 (positivo/negativo)

Altra biol molecolare:.

Marcatori:

EGDS:

Esami stadiazione

TAC

EUS

PET

cT__ pN __ pM__; pT__ pN __ pM__



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA



PRESIDIO
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIO



Santa Maria
della Misericordia
di Udine

azienda sanitaria universitaria
INTEGRATA DI UDINE



I.M.F.R.

Intervento proposto:

Data intervento:

Esofagectomia totale ☐; Esofagectomia subtotale ☐;

anastomosi: man ☐ mecc ☐; T-T ☐ T-L ☐ L-T ☐;

Chilotorace NO ☐ SI ☐; giornata postop _____;

diagnosi Clinica ☐; Rx gastrografi ☐; TC gastrografi ☐; altro ☐;

Reintervento NO ☐ SI ☐ tipo _____

Complicanze sito iniezione: NO ☐

SI ☐ tipo _____;

SI ☐ tipo _____;

SI ☐ tipo _____;

Dimissione in _____ giornata postop; Decesso NO ☐ SI ☐;