

Dati Paziente

Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Email _____
Data di nascita: ___/___/___

Anamnesi

Fumo: SI NO se sì, da quanto tempo: _____
Alcol: SI NO se sì, specificare: _____
Assume farmaci: SI NO se sì, quali: _____
Sa di essere allergico a sostanze o materiali (es. metalli)? _____
Presenta abitualmente bollicine, afte, ulcere orali? SI NO specificare: _____
Riferisce pregresse lesioni? SI NO specificare: _____

Visita

Lesioni riscontrate: Chiazze bianche Ulcerazioni e lesioni facilmente sanguinanti
 Chiazze rosse Vegetazioni (specificare: sessile pedunculata)

Sono presenti spine irritative nella zona? SI NO
Sanguinante? SI NO Dimensioni _____
Dolente alla palpazione? SI NO Consistenza dura morbida
Margini netti? SI NO
Bilaterale? SI NO
Il paziente aveva percepito la presenza di un problema SI NO
Se sì da quanto tempo: _____ La lesione si è modificata nel tempo? _____

Dati studio odontoiatrico

Dati del Dentista che ha effettuato la visita

Nome _____ Cognome _____ Studio _____
Città _____ Telefono _____ Email _____

Rivolgersi al seguente Centro di Riferimento

Presso: (indicare Ospedale/Istituto/Dipartimento/Università): _____
Referente attività Oral Cancer Day 2024: _____
Città _____ Indirizzo _____ Tel _____