

RICHIESTA INSERIMENTO SUL SITO ITANET



I centri che sottoscrivono il presente modulo autorizzeranno ITANET a pubblicare sul suo le caratteristiche del centro, specificando i medici referenti e i servizi dedicati alla cura dei pazienti affetti da tumore neuroendocrino.

L'adesione del Centro può essere comunicata compilando il seguente modulo ed inviandolo a ITANET via e-mail a itanet@alfafcm.com

Struttura _____ A.O.R.N A.CARDARELLI _____

Indirizzo _____ VIA ANTONIO CARDARELLI N° 9 _____

Città' _____ NAPOLI _____ Provincia _____ NA _____

Telefono 1 0817472174 _____ E mail 1 _____ nando.riccardi@gmail.com _____

Telefono 2 0817472646 - 2221 _____ E mail 2 _____ carmemocer@libero.it _____

Sito web _____ www.ospedalecardarelli.it _____

Nome e Cognome Medici Referenti

Dr./Prof. _____ FERDINANDO RICCARDI _____ Disciplina ONCOLOGIA MEDICA _____

Dr./Prof. _____ CARMELA MOCERINO _____ Disciplina ONCOLOGIA MEDICA _____

Dr./Prof. _____ Disciplina _____

Dr./Prof. _____ Disciplina _____

Caratteristiche del Centro e Competenze disponibili

Presenza di gruppo multidisciplinare	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Accreditamento ENETS	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Partecipazione a studi clinici	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
PET Gallio 68	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Terapia Radiorecettoriale (PRRT)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Endoscopia operativa	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ecoendoscopia	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diagnosi Genetica	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Disponibilità "second opinion" di Anatomia Patologica	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Radiologia interventiva (Chemio)Embolizzazione epatica (TACE/TAE)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Radioembolizzazione Epatica (TARE)

Si

No

Chirurgia Gastrointestinale dedicata ai NET

Si

No

Chirurgia Epato-bilio-pancreatica dedicata ai NET

Si

No

Chirurgia Toracica

Si

No

Trapianto di Fegato

Si

No

Luogo e data NAPOLI 19.02.2020 _____


Firma _____