

## 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](mailto:itanet@alfafcm.com)

Struttura ISTITUTO NAZIONALE TUMORI, IRCCS – Fondazione "G.Pascale"

Indirizzo Via M. Semmola 80131

Citta'\_NAPOLI\_ Provincia NA

Telefono 1\_081 5903 680\_ E mail 1 : centroenets@istitutotumori.na.it

Telefono 2\_081 5903 578 E mail 2 : s.tafuto@istitutotumori.na.it

Sito web: <http://www.neuroendocrinitumorinapoli.net>

Nome e Cognome Medici Referenti

Dr./Prof. SALVATORE TAFUTO

Disciplina ONCOLOGIA

Dr./Prof. FRANCESCO IZZO

Disciplina CHIRURGIA EP-BIL.PANC

Dr./Prof. SECONDO LASTORIA

Disciplina MEDICINA NUCLEARE

Dr./Prof. FABIANA TATANGELO

Disciplina ANATOMIA PATOLOGICA

### **Caratteristiche del Centro e Competenze disponibili**

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

Radioembolizzazione Epatica (TARE)	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Chirurgia Gastrointestinale dedicata ai NET	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Chirurgia Epato-bilio-pancreatica dedicata ai NET	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Chirurgia Toracica	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Trapianto di Fegato	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

Luogo e data NAPOLI , 18.02.2020

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. Di Stefano', written in a cursive style.