

RICHIESTA INSERIMENTO SUL SITO ITANET



I centri che sottoscrivono il presente modulo autorizzeranno ITANET a pubblicare sul suo sito 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 IRCCS ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI IFO

Indirizzo VIA ELIO CHIANESI 53

Città' ROMA Provincia RM

Telefono 1 06 52666026 E mail 1 MARIALUISA.APPETECCHIA@IFO.GOV.IT

Telefono 2 06 52665338 E mail 2 ENDOCRINOLOGIA@IFO.GOV.IT

Sito web WWW.IFO.IT

Nome e Cognome Medici Referenti

Dr./Prof. MARIALUISA APPETECCHIA Disciplina ENDOCRINOLOGIA

Dr./Prof. _____ Disciplina _____

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 type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
Partecipazione a studi clinici	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
PET Gallio 68	Si <input checked="" type="checkbox"/>	No <input 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 <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 ROMA, 21/02/2020

Firma _____

