

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 _____ Policlinico di Monza – ONCOLOGIA _____

Indirizzo _Via Carlo Amti, 111 _____

Citta' _MONZA _____ Provincia ____ MB _____

Telefono 1 _039/2810664 _____ E mail 2_ emilio.bajetta@policlinicodimonza.it _____

Telefono 2 _039/2810662 _____ E mail 1_ domenico.detoma@policlinicodimonza.it _____

Sito web _www.policlinicodimonza.it _____

Nome e Cognome Medici Referenti

Dr./Prof. _Prof. Emilio Bajetta _____ Disciplina Oncologia

Dr./Prof. _Dott. Domenico De Toma _____ Disciplina Oncologia

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 type="checkbox"/> | No <input checked="" type="checkbox"/> |
| Trapianto di Fegato | Si <input checked="" type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Luogo e data 25/2/2020

Firma E. Cir. Bajetta