

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

Struttura *Policlinico Universitario Umberto I*

Indirizzo *Viale del Policlinico 155*

Città' *Roma*

Provincia *Roma*

Telefono *0649972601*

E mail *nettare@uniroma1.it*

Nome e Cognome Medici Referenti

Prof. Andrea Lenzi

Disciplina Endocrinologia

Prof. Andrea M. Isidori

Disciplina Endocrinologia

Prof. Antongiulio Faggiano

Disciplina Endocrinologia

Prof.ssa Elisa Giannetta

Disciplina Endocrinologia

### **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 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 <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 X

No

Chirurgia Toracica

Si X

No

Trapianto di Fegato

Si X

No

Luogo e data 20/02/2020

Firma \_\_\_\_\_

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to be 'A. Leo'.