

Dati Paziente

Cognome _____ Nome _____
 Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____
 Tel. _____ E.mail _____
 Data di nascita: ___/___/___

Anamnesi

Fumo: SI NO se si, da quanto tempo: _____
 Alcol: SI NO se si, specificare: _____
 Assume farmaci: SI NO se si, quali: _____
 Sa di essere allergico a sostanze o materiali (es. metalli)? _____
 Presenta abitualmente bollicine, afte, ulcere orali? SI NO specificare: _____
 Riferisce pregresse lesioni? SI NO specificare: _____

Visita

Lesioni riscontrate: Chiazze bianche Ulcerazioni e lesioni facilmente sanguinanti
 Chiazze rosse Vegetazioni (specificare: sessile pedunculata)

Sono presenti spine irritative nella zona? SI NO
 Sanguinante? SI NO Dimensioni _____
 Dolente alla palpazione? SI NO Consistenza dura morbida
 Margini netti? SI NO
 Bilaterale? SI NO
 Il paziente aveva percepito la presenza di un problema SI NO
 Se si da quanto tempo: _____ La lesione si è modificata nel tempo? _____

Dati studio odontoiatrico

Dati del Dentista che ha effettuato la visita
 Nome _____ Cognome _____ Studio _____
 Città _____ Telefono _____ e-mail _____

Rivolgersi al seguente Centro di Riferimento

Presso: (indicare Ospedale/Istituto/Dipartimento/Università): _____
 Referente attività Oral Cancer Day 2021: _____
 Città _____ Indirizzo _____ Tel _____