

### Dati Paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Anamnesi

Fumo:  SI  NO se sì, da quanto tempo: \_\_\_\_\_  
Alcol:  SI  NO se sì, specificare: \_\_\_\_\_  
Assume farmaci:  SI  NO se sì, 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 sì 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 \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

#### Rivolgersi al seguente Centro di Riferimento

Presso: (indicare Ospedale/Istituto/Dipartimento/Università): \_\_\_\_\_  
Referente attività Oral Cancer Day 2022: \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_