

## ORAL CANCER DAY 2023

### Modulo di invio del paziente presso il Centro di Medicina Orale di riferimento

Luogo e Data Visita: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome Paziente: \_\_\_\_\_

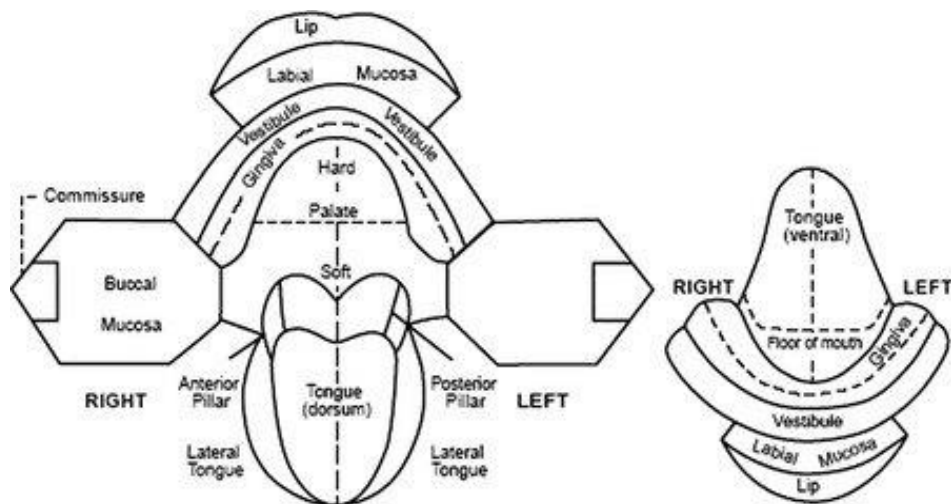
Luogo e data di nascita del Pz: \_\_\_\_\_

Fumo: si/ no/ ex      Numero di sigarette/die: \_\_\_\_\_      Alcol: si/ no/ ex

Tipo di lesione elementare: vescicola – bolla – erosione – ulcera – papula – macula –  
macchia – placca – tumefazione – neoformazione

Data comparsa lesione/i: \_\_\_\_\_

Localizzazione lesione/i: \_\_\_\_\_



Breve descrizione lesione/i: \_\_\_\_\_

Sospetto diagnostico: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

Firma del Medico