

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: _____

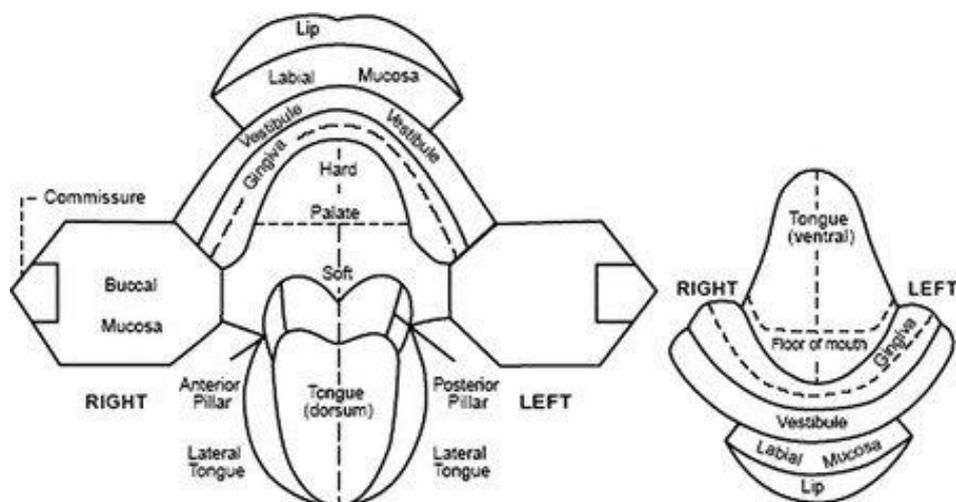
Luogo e data di nascita del Pz: _____

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