



Associazione Medica per lo Studio dell'Agopuntura



Oncologia Domiciliare

SCHEDA ANAGRAFICA

Data firma consenso: ____ / ____ / _____

Cognome _____ Nome _____

Sesso { M
 | F

Età _____

Tipologia Familiare { Solo/a
 | Con altre persone

Titolo di studio conseguito { Nessun titolo
 | Licenza elementare
 | Licenza media o corsi professionali
 | Diploma
 | Laurea

Condizione lavorativa { Occupato
 | Disoccupato
 | Pensionato
 | Altra condizione specificare.....

Karnofsky Performance Status

In trattamento con oppioidi da: { 1-2 settimane
 | 3-4 settimane
 | 2-3 mesi
 | ≥ 4 mesi