

I° CONVEGNO NAZIONALE SULLA LIMFANGIOLEIOMIOMATOSI (LAM)

29 NOVEMBRE 2008, ORE 14:00 – 17:30

SCHEDA INFORMAZIONI¹

Cognome

Nome

Data di Nascita

Indirizzo

.....

Email

Numero di Telefono

Informazioni mediche	Paziente LAM	Paziente TS	Altro (parente, ecc)
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

Data Diagnosi	LAM	TS
----------------------	---------------------	--------------------

Ospedale di Riferimento per LAM /TS

Medico di Riferimento per LAM /TS

Sarebbe disposta ad essere contattata per email/telefono/ posta da altre pazienti per partecipare ad iniziative e/o scambio di informazioni	SI []	NO []
--	------------------	------------------

¹ Le informazioni sono raccolte con il solo scopo di poter fornire future comunicazioni su attività svolte dal gruppo di supporto pazienti inerenti a LAM e / o TS.