

**MODULO DI ADESIONE**

*Studio sulla Qualità di vita dei pazienti con Enterostomia Temporanea ( QUETE) e indagine sulla libertà di scelta dei materiali per enterostomia (LISCESTO).*

**(per favore spedire subito a giuseppe.dodi@unipd.it)**

AZIENDA OSPEDALIERA DI APPARTENENZA .....  
REPARTO.....  
DIRETTORE/PRIMARIO.....  
MEDICO RESPONSABILE DELLO STUDIO.....

**Chirurghi** coinvolti nello studio:

Dott./Prof. ....  
(tel.....) – (e-mail.....)  
Dott./Prof. ....  
(tel.....) – (e-mail.....)  
Dott./Prof. ....  
(tel.....) – (e-mail.....)

**Infermieri stomaterapisti** che eventualmente seguiranno i pazienti reclutati per lo studio

Infermiere .....  
(tel.....) – (e-mail.....)  
Infermiere .....  
(tel.....) – (e-mail.....)  
Infermiere .....  
(tel.....) – (e-mail.....)

Nell'ospedale esiste un **centro** o un **ambulatorio per pazienti enterostomizzati** ?

SI            NO

I medici interessati alle enterostomie o gli infermieri enterostomisti fanno riferimento ad una **associazione di pazienti enterostomizzati** ?

SI            NO            quale? .....