



ACCREDITED
ICNP® CENTER

Italian Research & Development Centre



Direttore Centro
prof.ssa Stefania Di Mauro
Presidente CNAI
Dr. Walter De Caro



SEGNALAZIONI AREA TRADUZIONE

Nome _____

Cognome _____

E-mail _____

Numero di telefono _____

Titolo di studio

- Diploma di laurea
- Laurea triennale
- Laurea Magistrale
- Master di primo livello
- Master di secondo livello

Specificare la/e tipologia/e di Master conseguito

Ambito Lavorativo

- Ospedale _____
- Territorio _____
- Università _____
- Altro. Specificare _____

Settore clinico e di interesse

1) Termini assenti dalla classificazione ICNP™

a) Tipologia di termine mancante

- Termine
- Diagnosi
- Intervento

b) Indicare il termine/diagnosi/intervento mancante

c) Breve descrizione del termine/diagnosi/intervento mancante

d) Indicare l'eventuale codice ICNP padre e l'asse di pertinenza

2) Revisione traduzione ICNP™

Indicare il Termine/diagnosi/intervento da revisionare

Codice

Indicare la modifica alla traduzione che si richiede

Indicare le motivazioni per cui si richiede la modifica

Scegliere tipologia di revisione

- Errore di battitura
- Errore di traduzione
- Miglioramento precisione della traduzione
- Inserimento sinonimo

Altro. Specificare

Grazie per la collaborazione!!!