

## RICHIESTA ESAMI

### DATI PAZIENTE

Cognome ..... Nome ..... Nato/a il .....

Indirizzo ..... Località .....

Telefono ..... Cellulare ..... Mail .....

Cassa Malati ..... N° Assicurazione ..... N° AUS .....

Da convocare  Appuntamento fissato per .....

### ESAME RICHIESTO

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)      | <input type="checkbox"/> Visita proctologica                 |
| <input type="checkbox"/> Ileo-colonoscopia                      | <input type="checkbox"/> Consulenza specialistica            |
| <input type="checkbox"/> Ecografia addominale                   | <input type="checkbox"/> Consulenza nutrizionale             |
| <input type="checkbox"/> Fibroelastometria                      | <input type="checkbox"/> Primo esame                         |
| <input type="checkbox"/> Ecografia addominale                   | <input type="checkbox"/> Controllo - Data ultimo esame ..... |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) .....              |  |
| <input type="checkbox"/> Allergie a Farmaci (specificare) ..... |  |

### INDICAZIONE SINTOMI – QUESITO CLINICO

La presenza o no di sintomi di allarme determinerà l'urgenza della prestazione da eseguire.

- Sintomi di allarme? (Uomito ripetuto? Calo ponderale? Anoressia? Rettoraggia? Ematemesi? Melena?). Si prega di specificare .....
- Altro? Si prega di specificare .....

### DIAGNOSI COLLATERALI IMPORTANTI

Es.: obesità, ipertensione, insufficienza cardiaca, insufficienza renale, cirrosi epatica, ecc.

Specificare .....

TERAPIA ATTUALE:  AINS  Antiaggregazione (Aspirina, Plavix, ecc...)

Anticoagulazione (Marcoumar, Sintrom) Quick/INR: .....

Altro (specificare) .....

Data della richiesta .....

Medico richiedente .....