

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