

---

## Richiesta di esame gastroenterologico

---

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altezza: \_\_\_\_\_

Ambulante     Degente - Reparto: \_\_\_\_\_     Necessita ospedale di giorno

Pianificazione segretariato gastroenterologia

Data esame: .....

Ora esame: .....

Esofago-gastro-duodenoscopia     Colonoscopia     ERCP

Biopsia epatica percutanea     Altro (specificare): \_\_\_\_\_

### Malattia sistemica con limitazione funzionale

(insufficienza respiratoria, insufficienza cardiaca, angina pectoris, BMI > 32 kg/m<sup>2</sup>)

Sì

No

**In caso di risposta affermativa allegare la lista completa delle diagnosi e dei farmaci per un eventuale consulto anestesiologicalo.**

Allergie?     No     Sì    Se sì, quali? \_\_\_\_\_

### Assume farmaci:

No

Sì (Allegare lista completa!)

**Nota bene: La sospensione degli anticoagulanti e antiaggreganti non è necessaria per un esame diagnostico.**

### Quesito clinico:

.....  
.....  
.....

Data compilazione richiesta:

Medico richiedente (timbro - firma + n° telefono):

.....

.....

La compilazione dettagliata di questa richiesta è indispensabile per pianificare un appuntamento.

Segretariato di gastroenterologia

Telefono +41 (0)91 811 32 12 - Fax +41 (0)91 811 30 30

[gastroenterologia.obv@eoc.ch](mailto:gastroenterologia.obv@eoc.ch)