
Richiesta terapie ambulatoriali

Dati anagrafici

Cognome: Nome:

Data di nascita: Telefono:

Indirizzo:

Medico richiedente:

Diagnosi:

Trasfusioni (allegare modulo di consenso, vedi informazioni per il medico richiedente)

N° di sacche da somministrare:

Modalità di somministrazione se sono richieste più sacche (consecutive o in giorni diversi):
.....

Altre terapie

Nome del farmaco:

Dosaggio:

Via di somministrazione:

N° di somministrazioni:

Frequenza:

Durata (per quanto tempo):

Osservazioni:

.....

Data: Firma:

Concordare la data di somministrazione con la responsabile convocazione pazienti (tel. +41 (0)91 811 36 55) e inviare il modulo al n° di fax + 41 (0)91 811 30 63.

Per le trasfusioni inoltrare anche al laboratorio al n° di fax +41 (0)91 811 30 29.

Spazio riservato all'ufficio convocazione pazienti

Data del trattamento: Orario di arrivo in ODG:

Osservazioni:

.....