

Servizio di Endoscopia

Tel 091 811 87 08
Fax 091 811 87 39

Preferenziale invio richieste e-mail:
gastroenterologia.orbv@eoc.ch

Richiesta di esame pneumologico – servizio endoscopia

Cognome _____
Nome _____
Data di nascita _____
Indirizzo _____
CAP _____
N° Telefono _____
Medico di famiglia _____

Necessità di isolamento:

- Aerosol
- Goccioline
- Contatto

- Paziente portatore di Port-a-cath
- Paziente portatore di Pace Maker

- Allergie

Procedura richiesta:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Broncoscopia semplice | <input type="checkbox"/> Broncoscopia EBUS | <input type="checkbox"/> Broncoscopia R-EBUS |
| <input type="checkbox"/> Scopia | <input type="checkbox"/> Broncoscopia rigida | <input type="checkbox"/> Sonografia toracica |
| <input type="checkbox"/> Punzione pleurica | <input type="checkbox"/> Biopsia pleurica a cielo coperto | <input type="checkbox"/> Particolari _____ |
| <input type="checkbox"/> Posa drenaggio pleurico chirurgico/a dimora (PleurX) | | |

Quesito clinico:

Terapia abituale:

In particolare antiaggreganti e/o anticoagulanti

- _____
- _____

- ASA Score _____
- Sospensione terapia, se si da quando?

Comorbidity rilevanti:

Valore esami ematochimici: Quick Trombociti PTT antiXA

Ospedale di giorno (ODG) Degente, reparto: _____

Classe assicurativa: Comune Privata/Semipriva

Data richiesta:

Medico richiedente (timbro e firma + No. telefono):



Parte riservata al medico operatore

Appuntamento da pianificare per il _____

Appuntamento da pianificare entro il _____

Note organizzative

	Si	No	
Anestesisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Via proposta: <input type="checkbox"/> Maschera laringea <input type="checkbox"/> Tubo endotracheale <input type="checkbox"/> Broncoscopia rigida
Analgesedazione	<input type="checkbox"/> Midazolam <input type="checkbox"/> Fentanyl <input type="checkbox"/> Propofolo		
Materiale necessario	<input type="checkbox"/> Broncoscopio fine (4.1 mm) <input type="checkbox"/> Ago di Abrahamas <input type="checkbox"/> Broncoscopio terapeutico (6 mm) <input type="checkbox"/> PleurX <input type="checkbox"/> Criosonda <input type="checkbox"/> Topax <input type="checkbox"/> Argon <input type="checkbox"/> Particolari _____		
La procedura sarà effettuata in <input type="checkbox"/> Endoscopia <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/> Sala Operatoria <input type="checkbox"/> Reparto			
Data e firma	Operatore <input type="radio"/> Dr. M. Bernasconi <input type="radio"/> Dr. S. Györik <input type="radio"/> Dr. V. Espinosa <input type="radio"/> Dr.ssa C. Voinea <input type="radio"/> Dr. L. Sardella <input type="radio"/> _____		

Parte riservata al segretariato di endoscopia

Appuntamento pianificato il _____	Si	No	Osservazioni
Avviso Gestione Letti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avviso ODG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paziente convocato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Data e firma			