Sede OBV
tel. 091 811 33 00 / mail: angiologia.mendrisio@eoc.ch
Sede ORBV
tel. 091 811 85 10 / mail: angiologia.bellinzona@eoc.ch
Sede ORL
tel. 091 811 67 10 / mail: angiologia.civico@eoc.ch
Sede ODL
tel. 091 811 45 49 / mail: angiologia.locarno@eoc.ch

Etichetta del paziente
+
PF allegare 3 etichette "grandi"

RICHIESTA DI ESAMI – ANGIOLOGIA

Sede auspicata per la visita: **Ospedale**
☐ Sede **Civico**, Lugano (ORL) ☐ Sede **Italiano**, Viganello (ORL) ☐ Sede **La Carità**, Locarno (ODL)
☐ Sede **Beata Vergine**, Mendrisio (OBV) ☐ Sede **San Giovanni**, Bellinzona (ORBV)

☐ a piedi ☐ in carrozzina ☐ allettato

Esame ☐ **con visita angiologica** ☐ **solo esame strumentale**

Indicazione / clinica: .....

.....

.....

Terapia farmacologica attuale: .....

.....

Quesito: .....

.....

☐ Duplex arterioso (ev doppler) ☐ Arti inferiori ☐ Arti superiori ☐ Screening vascolare (duplex TSA, aorta e arti inferiori)

☐ Duplex flebo-trombosi *(trombosi venosa profonda)* ☐ Arto inferiore ☐ destra ☐ sinistra ☐ bilaterale
☐ Arto superiore ☐ destra ☐ sinistra ☐ bilaterale

☐ Duplex vene *(varici, insufficienza venosa)* ☐ Arto inferiore ☐ destra ☐ sinistra ☐ bilaterale

☐ Duplex vene (mapping) ☐ Arto inferiore ☐ destra ☐ sinistra ☐ bilaterale

☐ Duplex cerebro-vascolare *(duplex carotideo)*

☐ Duplex aneurisma (sempre a digiuno)

☐ Duplex arterie renali (sempre a digiuno)

☐ Duplex arterie addominali (sempre a digiuno)

☐ Duplex fistola AV

☐ Duplex complicazione dopo punzione arteriosa (aneurisma spurio, …)

☐ Duplex altra localizzazione .....

☐ Misurazione ossigeno transcutanea (luogo) .....

☐ Capillaroscopia

Convocazione
☐ Oggi stesso/urgente (sempre telefono con il medico (091 / 811) 9767 OSG, 6756 ORL, 3300 OBV, 4549 ODL)
☐ Da convocare ☐ Appuntamento fissato il .....

Medico richiedente: .....

Reparto: ..... Tel.: .....

Data: ..... Timbro e firma: .....