Richiesta consulti Dermatologia

Dati del paziente

Nome _____
Cognome _____
Data di nascita: _____

Indirizzo _____
_____
Telefono _____

Paziente ☐ A piedi
☐ In carrozzina

Richiesta per la sede:

☐ OSG	Ospedale Regionale di Bellinzona, San Giovanni Dermatologia.Bellinzona@eoc.ch; +41(0)91 811 86 82	Invia a OSG
☐ ORL sede Civico	Ospedale Regionale di Lugano, Civico Dermatologia.Lugano@eoc.ch; +41(0)91 811 67 93	Invia a ORL
☐ OBV	Ospedale Regionale di Mendrisio, Beata Vergine Dermatologia.Mendrisio@eoc.ch; +41 (0)91 811 32 04	Invia a OBV
☐ ODL	Ospedale Regionale di Locarno, La Carità Dermatologia.Locarno@eoc.ch, +41 (0)91 811 44 80	Invia a ODL

Grado di urgenza / pianificazione

☐ entro 24 h (pf contatto telefonico)
☐ entro 1 settimana
☐ quando possibile

Motivo della consultazione

Tipo di lesione cutanea/sintomi: _____
Localizzazione: _____
Presente da: _____
Ulcera: ☐ sì ☐ no
Diagnosi: _____

Esami paraclinici già effettuati (allegare le copie): _____
_____

Lista delle diagnosi/Terapia farmacologica attuale: _____
_____

Allergie/intolleranze: _____
_____

Osservazioni: _____

Data: _____

Nome, cognome e firma del medico richiedente: