

Richiesta di endoscopia digestiva per medici del territorio

Nel rispetto degli standard di cura, definiti allo scopo di poter garantire il miglior servizio ai nostri pazienti, vi segnaliamo l'importanza di completare la richiesta in maniera integrale. Le sezioni obbligatorie sono indicate con un asterisco ().*

Servizio di gastroenterologia ed endoscopia digestiva

Gastroenterologo: _____

ETICHETTA PZ	
Cognome*:	_____
Nome*:	_____
Data di nascita*:	_____
Indirizzo:	_____

N° telefono pz*: _____

Regime da preferire:

- Ambulante
 Ospedale di giorno (ODG)
 Degente

Quesito clinico*:

Peso: _____ Kg Altezza: _____ cm BMI: _____

Allergie a farmaci* (specificare quali): _____

Procedura richiesta*:

- EGDS (Gastrosopia)
 Colonscopia
 Stomia
 Preparazione intestinale per os
 Transtomia
 Clisteri rettali
 Rettosigmoidoscopia
 ERCP
 PEG: Posa Cambio
 Dilatazione
 Polipectomia
 Trattamento di varici
 Enteroscopia:
 Superiore
 Inferiore
 Videocapsula
 Ecoendoscopia
 Altro
 (specificare):.....

Terapia abituale:

- Il paziente assume **antiaggreganti e/o anticoagulanti**?* Sì No
 (Se sì, pf specificare la terapia)
- _____
- _____
- Pf allegare terapia a domicilio

Cari colleghi. al fine di valutare al meglio il rischio anestesilogico vi chiediamo gentilmente di completare quanto segue:	Sì	No
Allergie a soia/proteine del pollo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impossibilità comunicazione con il paziente*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie cardiovascolari* : insufficienza cardiaca acuta/cronica NYHA>2, angina instabile, infarto recente (< 6 mesi), valvulopatia significativa. Cuore polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie respiratorie* : BPCO con CPAP o esacerbazione in corso, polmonite con problemi ventilatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alto rischio inalazione* : BMI>35, stenosi del tratto superiore gastrointestinale, dispnea cronica, rachide cervicale bloccato/modificato; patologie orofaringee (laringectomia regressa/tumore)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidanza*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie neuromuscolari instabili* : SLA, miastenia gravis avanzata, varie forme di sclerosi, ICTUS recente con sequele (< 3 mesi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variazioni cliniche degne di nota (es. ricovero in cure intense, chirurgia maggiore) negli ultimi tre mesi (se sì, pf indicare nelle osservazioni)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osservazioni:

Data richiesta*: _____ Medico richiedente*: _____