

Servizio di gastroenterologia

Telefono: +41 091 811 87 08

e-mail gastroenterologia.orbv@eoc.ch

Caposervizio
Capoclinica
Medici aggiunti

Dr. med. Gianluca Lollo
Dr. med. Georgios Amvrosiadis
Dr. med. Alberto Fransioli
Dr. med. Rocco Grignoli

Richiesta di endoscopia digestiva

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

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

Regime:

- Ambulante (con eventuale OdG)**
 Degente

Procedura richiesta

- EGDS (gastroscopia)
 Colonscopia
 Rettosigmoidoscopia
 ERCP
 PEG
 Dilatazione
 Polipectomia
 Trattamento di varici
 Ecoendoscopia
 Stomia
 Preparazione intestinale per os
 Transtomia
 Clisteri rettali

Quesito clinico:

<p>_____</p> <p>Peso: _____ Kg Altezza: _____ cm</p>	<p>Terapia abituale (antiaggreganti e/o anticoagulanti)</p> <ul style="list-style-type: none">• _____• _____• _____• _____
---	--

Cari Colleghi, al fine di valutare al meglio il rischio anestesiológico vi chiediamo gentilmente di completare quanto segue:

Malattie cardiovascolari: cardiopatie con FE <40%, valvulopatie severe, recente IMA (< 1 anno), impianti PM o ICD, aritmie significative, tromboembolie polmonari in TAO	si	no
Malattie polmonari: pneumopatie (BPCO ≥ GOLD 3), OSAS con indicazione ad utilizzo di C-PAP	si	no
Malattie metaboliche, epatiche, renali, stato oncologico, gravidanza: BMI >35, cirrosi, paziente dializzato, coagulopatie severe	si	no
Malattie neurologiche: ICTUS recente o con sequele, malattie neurologiche invalidanti (epilessia, miastenia)	si	no

Allergie / Osservazioni
--

Data richiesta:

Medico richiedente (timbro e firma):



Parte riservata al medico operatore

Appuntamento da pianificare entro:

	Si	No	
ODG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anestesisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Note sulla preparazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tempo procedura			
Premedicazione			
Materiale particolare			
Osservazioni			
Data e firma		Operatore <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Dr. Lollo<input type="radio"/> Dr. Amvrosiadis<input type="radio"/> Entrambi<input type="radio"/> _____	

Parte riservata al segretariato

Appuntamento pianificato il _____

La procedura sarà effettuata in Endoscopia Radiologia Sala Operatoria

	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			