
Richiesta di esame gastroenterologico

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: _____ Telefono: _____

Peso: _____ Altezza: _____

Ambulatoriale Degente - Reparto: _____ Necessita ospedale di giorno

Pianificazione segretariato gastroenterologia

Data esame:

Ora esame:

Esofago-gastro-duodenoscopia Colonoscopia ERCP

Biopsia epatica percutanea Altro (specificare): _____

**Malattia sistemica con limitazione funzionale
(es. patologia respiratoria e/o cardiaca, BMI > 32 kg/m²)**

No Sì

Pazienti ambulatoriali: in caso di risposta affermativa allegare la lista completa delle diagnosi e dei farmaci per un eventuale consulto anestesologico.

Allergie? No Sì Se sì, quali? _____

Assume farmaci:

No Sì (Pazienti ambulatoriali: allegare lista completa!)

Nota bene: La sospensione degli anticoagulanti e antiaggreganti non è necessaria per un esame diagnostico.

Quesito clinico:

.....
.....
.....

Data compilazione richiesta:

Medico richiedente (timbro - firma + n° telefono):

.....

La compilazione dettagliata di questa richiesta è indispensabile per pianificare un appuntamento.

Segretariato di gastroenterologia

Telefono +41 (0)91 811 32 12 - Fax +41 (0)91 811 30 30

gastroenterologia.mendrisio@eoc.ch