



**Servizio di Riabilitazione Polmonare:**  
*Responsabile Dr med. Andrea Zanini*

Sede OBV, Mendrisio

Fax 091 811 30 34

Sede ORL; Viganello

Fax 091 811 77 03

Sede ODL, Locarno

Fax 091 811 49 54

---

## Modulo di annuncio per riabilitazione polmonare

---

Sig./Sig.ra: ..... Nato/a il: .....

Indirizzo: ..... Tel: .....

Diagnosi: .....

.....

.....

Patologie significative associate: .....

.....

**Medico curante:** ..... **Pneumologo curante:** .....

**Indirizzo:** .....

**Documentazione:**

Spirometria completa (+ DLCO)

TC torace

Spirometria semplice

ECG

Emogas

Eco cuore

MIP, MEP

ECG dinamico (Holter)

Ergospirometria

Rapporti di ricovero

Rx torace

Altri rapporti

Altro .....

.....

Note: .....

.....

.....

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_