Richiesta esami /consulti pneumologia

Dati del paziente

Nome _____
Cognome _____
Data di nascita: _____

Se paziente non degente in EOC

Indirizzo _____

_____

Telefono _____

☐ Paziente ambulatoriale
☐ Paziente degente ☐ A piedi
☐ In carrozzina

Richiesta per la sede:

☐ OSG	Ospedale Regionale di Bellinzona, San Giovanni pneumologia.bellinzona@eoc.ch; +41(0)91 811 92 37	**Invia OSG**
☐ ODL	Ospedale Regionale di Locarno, La Carità segretariatopneumologia.odl@eoc.ch; +41(0)91 811 44 28	**Invia ODL**
☐ ORL ☐ Civico ☐ Italiano	Ospedale Regionale di Lugano, Civico e Italiano pneumologia.lugano@eoc.ch; +41(0)91 811 63 55	**Invia ORL**
☐ OBV	Ospedale Regionale di Mendrisio, Beata Vergine pneumologia.mendrisio@eoc.ch; +41 (0)91 811 33 36	**Invia OBV**

Grado di urgenza / pianificazione

☐ entro 24/48 h (pf contatto telefonico)
☐ elettivo (entro max 4-6 settimane), preferenze _____

Consulto pneumologico ☐ sì ☐ no (solo esame strumentale)
Specificare nome medico se desiderato _____

Consulenza tabaccologia ☐ (richiesta trasmessa alla Consultazione di tabaccologia di sede)

Problematica (attuale / sospetta/ conosciuta):

☐ dispnea ☐ tosse cronica ☐ BPCO ☐ Asma bronchiale
☐ roncopatia /OSAS ☐ insonna ☐valutazione nodulo / massa polmonare
☐ altro _____

Precauzioni / isolamento

_____

Terapia attuale

_____

_____

Diagnosi rilevanti

_____

☐ Tabagismo ☐ attivo
☐ pregresso; interruzione _____ (anno); cumulativo di _____ PY.

Descrizione clinica ed esami eseguiti precedentemente

_____

_____

Esame richiesto (viene convalidato dal medico pneumologo)

☐ Funzione polmonare completa (spirometria e pletismografia) e test di diffusione CO(DLCO), specificare pf.
Valore Hb _____g/L; data: _____. *Possibilmente stop fumo da 48h*

☐ Spirometria semplice

☐ Test di provocazione bronchiale aspecifica alla metacolina. *Idealmente stop broncodilatatori e steroidi inalatori di lunga durata 48h prima, breve durata 6h prima.*

☐ Misura del NO nell'aria espirata (FeNO, valutazione infiammatoria bronchiale esosinofilica)

☐ Test di provocazione di broncocostrizione da sforzo (asma da sforzo)

☐ Test alla marcia 6 minuti

☐ CO espirato (valutazione astinenza / consumo tabagico)

☐ Ergospirometria (valutazione della capacità allo sforzo, *VO2 max, ECG 12 derivazioni*)

☐ Meccanica respiratoria *(MIP/MEP/SNIP, CV seduto-supino, Peak flow alla tosse)*

☐ Introduzione o controllo terapia CPAP o ventilazione non invasiva

☐ Ossimetria notturna

☐ Poligrafia respiratoria ambulatoriale *(diagnosi sindrome delle apnee da sonno)*
- Score di sonnolenza Epworth: _____/24 (link con questionario)
- NOSAS score: BMI _____ kg/m2; russamento ☐ si ☐ no; età: _____ anni; circonferenza del collo > 41 cm (camicia taglia ≥ Large) ☐ si ☐ no

☐ Capnossimetria notturna

☐ Broncoscopia flessibile

☐ Sonografia toracica con punzione / drenaggio pleurico

Qualora il/la paziente desiderasse che i risultati dell'esame siano inviati anche ad altri operatori sanitari pf compilare e allegare alla presente richiesta il modulo EOC_M-SAN-008.

Allegati:

☐ Radiologia (se esterna a EOC, pf. Paziente porta CD con sé o trasmettere via PACS a radiologia EOC)
☐ Terapia
☐ Documenti
☐ Modulo EOC_M-SAN-008

Data: _____

Nome, cognome e firma del medico richiedente: