

## 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:

<input type="checkbox"/> OSG	Ospedale Regionale di Bellinzona, San Giovanni <a href="mailto:pneumologia.orbv@eoc.ch">pneumologia.orbv@eoc.ch</a> ; +41(0)91 811 92 37
<input type="checkbox"/> ODL	Ospedale Regionale di Locarno, La Carità <a href="mailto:segretariatopneumologia.odl@eoc.ch">segretariatopneumologia.odl@eoc.ch</a> ; +41(0)91 811 44 28
<input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Civico <input type="checkbox"/> Italiano	Ospedale Regionale di Lugano, Civico e Italiano <a href="mailto:pneumologia.lugano@eoc.ch">pneumologia.lugano@eoc.ch</a> ; +41(0)91 811 63 55
<input type="checkbox"/> OBV	Ospedale Regionale di Mendrisio, Beata Vergine <a href="mailto:pneumologia.mendrisio@eoc.ch">pneumologia.mendrisio@eoc.ch</a> ; +41 (0)91 811 33 36

### 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 roncopia /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 eosinofilica)
- 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/m<sup>2</sup>; 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: