



MODULO PER LA RICHIESTA DI ESAMI ENDOSCOPICI PD

Da inviare a mail: endoscopia@iov.veneto.it

Data della richiesta: _____ Urgente Data prenotazione: _____ Ore: _____

Cognome e Nome: _____ Data di nascita: _____

Codice fiscale: _____ o Luogo di nascita _____

RICOVERATO Reparto richiedente: _____ int. _____

Da RICOVERARE Recapito Telefonico: _____

ESTERNO Recapito Telefonico: _____

ESAME RICHIESTO

EGDS	<input type="checkbox"/> Diagnostica	<input type="checkbox"/> Operativa	<input type="checkbox"/>	
SIGMOIDO/SX	<input type="checkbox"/> Diagnostica	<input type="checkbox"/> Operativa	<input type="checkbox"/>	
COLON DX	<input type="checkbox"/> Diagnostica	<input type="checkbox"/> Operativa	<input type="checkbox"/>	

EUS: Esofago Stomaco Duodeno Pancreas/VB Retto
 (presenza di stenosi: NO SI Operativa (FNA - FNI)

Richiesta:

Sedazione vigile NO SI
 Sedazione con anestesia NO SI
 Documentazione video NO SI
 Protocollo NO SI : _____
 Istologia nota NO SI Consenso informato NO SI
 - Sono richieste biopsie? NO SI

Indicazione: 1° esame Follow-up Stadiazione Ristadiazione

NOTIZIE CLINICHE

QUESITO CLINICO

TERAPIA IN ATTO

FATTORI DI RISCHIO

NESSUNO

Protesi valvolare <input type="checkbox"/>	Insuff. respiratoria <input type="checkbox"/>	Allergie: <input type="checkbox"/>	_____
Scompenso cardiaco <input type="checkbox"/>	Cirrosi <input type="checkbox"/>	Infettivo: <input type="checkbox"/>	_____
Pace Maker <input type="checkbox"/>	Diabete <input type="checkbox"/>	Es. ematici alterati: <input type="checkbox"/>	_____
Insuf. renale <input type="checkbox"/>	Ter. anticoagulante <input type="checkbox"/>	Altro: <input type="checkbox"/>	_____

Medico richiedente: _____ FIRMA _____

Spazio riservato al personale dell'ambulatorio: COMUNICATO A _____ DATA _____