Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

UOC Gastroenterologia
UOS Endoscopia Digestiva
Direttore Dr. Alberto Fantin

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	☐ Diagnostica	☐ Operativa	☐:	
SIGMOIDO/SX	☐ Diagnostica	☐ Operativa	☐:	
COLON DX	☐ Diagnostica	☐ Operativa	☐:	

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: I° esame ☐ Follow-up ☐ Stadiazione ☐ Ristadiazione ☐

NOTIZIE CLINICHE

_____

QUESITO CLINICO

_____

TERAPIA IN ATTO

_____

FATTORI DI RISCHIO

NESSUNO ☐

Protesi valvolare	☐	**Insuff. respiratoria**	☐	**Allergie:**	☐ _____
Scompenso cardiaco	☐	**Cirrosi**	☐	**Infettivo:**	☐ _____
Pace Maker	☐	**Diabete**	☐	**Es. ematici alterati:**	☐ _____
Insuf. renale	☐	**Ter. anticoagulante**	☐	**Altro:**	☐ _____

Medico richiedente: _____ FIRMA _____

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