

DOPO LA COMPILAZIONE INVIARE IL MODULO VIA E-MAIL: **ambulatorio.oscam@hin.ch** O VIA FAX ALLO **091 611 37 07****DATI PAZIENTE**

Cognome	Nome	Data di nascita
Indirizzo		Telefono

APPUNTAMENTO
 Urgente entro 24h
 Entro 2-3 giorni
 Entro 1 settimana
 Pianificabile
ESAME RICHIESTO
 Visita pneumologica
 Spirometria
 Consulenza di stop al tabacco (gratuita)

 Visita epatologica
 Ecografia addominale
 Fibroscan

 Visita cardiologica
 Ecocardiogramma transtoracico
 ECG sec. Holter delle 24/36h
 Test da sforzo (cicloergometro/tapis roulant)
 Monitoraggio PA 24/36h (Remler)
 Presa a carico percorso di prevenzione/riabilitazione cardiovascolare

 Ecografia

 Rx convenzionale

 Infusione di ferro
Data ultima infusione:
Ultimo valore ferritina:
data:

 Trattamenti ambulatoriali
DIAGNOSI PRINCIPALE**TERAPIA ATTUALE****INDICAZIONE D'ESAME****QUESITO CLINICO**
DATI CLINICI
 Gravidanza in corso
Allergie note:
MEDICO PRESCRITTORE

Cognome nome	Timbro e firma del medico prescrittore
Referto da inviare	<input type="checkbox"/> e-mail
Referto da inviare	<input type="checkbox"/> posta
Referto da inviare	<input type="checkbox"/> fax
Luogo e data	

Allegare eventuali referti di esami precedenti. Grazie.