

DOPO LA COMPILAZIONE INVIARE IL MODULO VIA E-MAIL: **cardiologia.cuorema@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

<input type="checkbox"/> Visita pneumologica	<input type="checkbox"/> Spirometria	<input type="checkbox"/> Consulenza di stop al tabacco (gratuita)	
<input type="checkbox"/> Visita epatologica	<input type="checkbox"/> Ecografia addominale	<input type="checkbox"/> Fibroscan	
<input type="checkbox"/> Visita cardiologica	<input type="checkbox"/> Ecocardiogramma transtoracico	<input type="checkbox"/> ECG sec. Holter delle 24/36h	
	<input type="checkbox"/> Test da sforzo (cicloergometro/tapis roulant)	<input type="checkbox"/> Monitoraggio PA 24/36h (Remler)	
	<input type="checkbox"/> Presa a carico percorso di prevenzione/riabilitazione cardiovascolare		
<input type="checkbox"/> Ecografia			
<input type="checkbox"/> Rx convenzionale			
<input type="checkbox"/> Infusione di ferro	Data ultima infusione:	Ultimo valore ferritina:	data:
<input type="checkbox"/> Agopuntura			
<input type="checkbox"/> 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.