

DOPO LA COMPILAZIONE INVIARE LE **RICHIESTE CARDIOLOGICHE** A: [odello.tania@hin.ch](mailto:odello.tania@hin.ch)  
TUTTE LE ALTRE **RICHIESTE** AMBULATORIALI INVIARLE A: [ambulatorio.oscam@hin.ch](mailto:ambulatorio.oscam@hin.ch) FAX 091.611.37.07



| DATI PAZIENTE |  |                 |          |
|---------------|--|-----------------|----------|
| Cognome       |  | Nome            |          |
|               |  | Data di nascita |          |
| Indirizzo     |  |                 | Telefono |
|               |  |                 |          |

| APPUNTAMENTO                               |                                           |                                            |                                        |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urgente entro 24h | <input type="checkbox"/> Entro 2-3 giorni | <input type="checkbox"/> Entro 1 settimana | <input type="checkbox"/> Pianificabile |

| ESAME RICHiesto                                                            |                                                                                                                   |                                                                        |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Spirometria semplice                              |                                                                                                                   |                                                                        |       |
| <input type="checkbox"/> Visita epatologica                                | <input type="checkbox"/> Ecografia addominale                                                                     | <input type="checkbox"/> Fibroscan                                     |       |
| <input type="checkbox"/> Visita cardiologica                               | <input type="checkbox"/> ECG sec. Holter da 24 a 72h                                                              | <input type="checkbox"/> Monitoraggio PA 24h                           |       |
| <input type="checkbox"/> Ecocardiogramma                                   | <input type="checkbox"/> ECG da 7 giorni a 3 settimane (SmartCardia)                                              | <input type="checkbox"/> Test da sforzo (cicloergometro/tapis roulant) |       |
| <input type="checkbox"/> Test da sforzo cardiopolmonare                    | <input type="checkbox"/> c/o Caslano: solo se vi è una reale impossibilità del Paziente a raggiungere Castelrotto |                                                                        |       |
| <input type="checkbox"/> Riabilitazione cardiologica ambulatoriale CUOREMA |                                                                                                                   |                                                                        |       |
| <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 | <input type="checkbox"/> 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         |
| Luogo e data        |                                        |

**Allegare eventuali referti di esami precedenti. Grazie.**