

DOPO LA COMPILAZIONE INVIARE LE RICHIESTE CARDIOLOGICHE A: **odello.tania@hin.ch** TUTTE LE ALTRE  
RICHIESTE AMBULATORIALI INVIARLE A: **ambulatorio.oscam@hin.ch** o al FAX **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"/> Spirometria semplice	<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"/> ECG sec Holter 24-36/h (12 derivazioni)
<input type="checkbox"/> Ecocardiogramma transtoracico	<input type="checkbox"/> ECG 7 giorni - 3 settimane (SmartCardia con 7 derivazioni)
<input type="checkbox"/> Test da sforzo cardiopolmonare	<input type="checkbox"/> Monitoraggio della PA 24/h (Remler)
<input type="checkbox"/> Test da sforzo (cicloergometro/tapis roulant)	
<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"/> Trattamenti ambulatoriali	
<input type="checkbox"/> Agopuntura	

**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.