

DOPO LA COMPILAZIONE INVIARE LE **RICHIESTE CARDIOLOGICHE** A: odello.tania@hin.ch
 TUTTE LE ALTRE **RICHIESTE AMBULATORIALI** INVIARLE A: ambulatorio.oscam@hin.ch 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"/> 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 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.