



MODULO PER LA RICHIESTA DI ESAMI ENDOSCOPICI PD

Da inviare a mail: endoscopia@iov.veneto.it

Data della richiesta: _____ Urgente ☐ Data prenotazione: _____ Ore: _____

Cognome e Nome: _____ Data di nascita: _____

Codice fiscale: _____ o Luogo di nascita: _____

RICOVERATO ☐ Reparto richiedente: _____ int. _____

Da RICOVERARE ☐ Recapito Telefonico: _____

ESTERNO ☐ Recapito Telefonico: _____

ESAME RICHIESTO

EGDS	☐	Diagnostica	☐	Operativa	☐	_____
SIGMOIDO/SX	☐	Diagnostica	☐	Operativa	☐	_____
COLON DX	☐	Diagnostica	☐	Operativa	☐	_____

EUS: ☐ Esofago ☐ Stomaco ☐ Duodeno ☐ Pancreas/VB ☐ Retto ☐
(presenza di stenosi: NO ☐ SI ☐ Operativa (FNA - FNI) ☐

Richiesta:

Sedazione vigile NO ☐ SI ☐
Sedazione con anestesia NO ☐ SI ☐
Documentazione video NO ☐ SI ☐
Protocollo NO ☐ SI ☐ : _____
Istologia nota NO ☐ SI ☐ Consenso informato NO ☐ SI ☐
- Sono richieste biopsie? NO ☐ SI ☐

Indicazione: I° esame ☐ Follow-up ☐ Stadiazione ☐ Ristadiazione ☐

NOTIZIE CLINICHE

QUESITO CLINICO

TERAPIA IN ATTO

FATTORI DI RISCHIO

NESSUNO ☐

Protesi valvolare	☐	Insuff. respiratoria	☐	Allergie:	☐	_____
Scompenso cardiaco	☐	Cirrosi	☐	Infettivo:	☐	_____
Pace Maker	☐	Diabete	☐	Es. ematici alterati:	☐	_____
Insuf. renale	☐	Ter. anticoagulante	☐	Altro:	☐	_____

Medico richiedente: _____ FIRMA _____

Spazio riservato al personale dell'ambulatorio: COMUNICATO A _____ DATA _____