

Tratto Gastrointestinale

MEDICA Pathologie
Hottingerstrasse 9/11, 8032 Zürich
Tel. 044 269 99 88
medica.ch/pathologie

41



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

H09

Paziente		Richiedente	
Nr. paziente studio medico: _____			
<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> bambino >> padre/madre _____			
Cognome	_____	Medico curante: _____ E-Mail: _____	
Nome	_____		
Indirizzo	_____	Fattura a	
NPA/Città	_____		
c/o	_____	<input type="checkbox"/> Cassa malati _____ Nr. Assicurato _____	
Data di nascita	____/____/____ Cell. _____	<input type="checkbox"/> Ass. infortuni _____ Nr. di caso/sinistro _____ Data infortunio _____	
E-Mail	_____	<input type="checkbox"/> Ospedale (paziente stazionario) _____ <input type="checkbox"/> semiprivato/privato <input type="checkbox"/> comune ID (Nr. di caso) _____	
Nr. AVS	_____	<input type="checkbox"/> Paziente _____	
Elaborazione del referto		<input type="checkbox"/> Richiedente _____	
<input type="checkbox"/> Per telefono Nr.: _____		<input type="checkbox"/> Altro destinatario _____	
<input type="checkbox"/> Via fax Nr.: _____			
<input type="checkbox"/> Copia dei risultati a: _____			
Esami precedenti (Istituto/Nr. di referto) _____			

Forfait ambulatoriale: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì → Se sì: indicare il codice del forfait (6 cifre): _____			

Marcare in nero

Non utilizzare pennarelli!

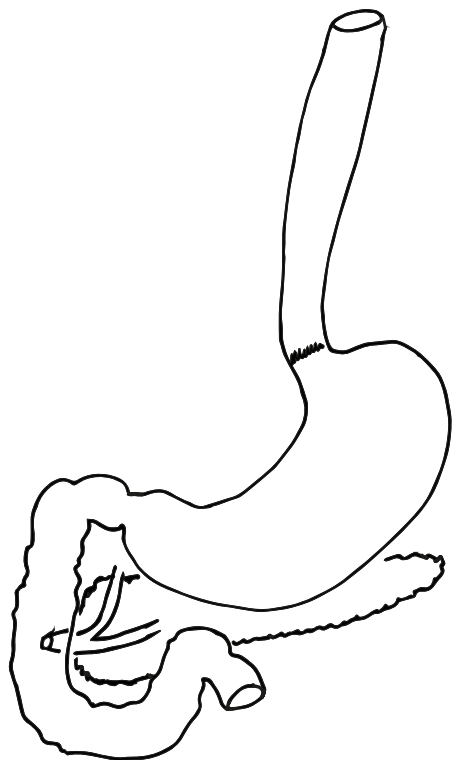
Tratto Gastrointestinale

Materiale del campione / Dati clinici / Quesito diagnostico

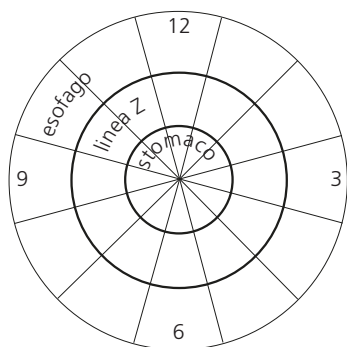
Data del prelievo:	_____	Ora del prelievo:	_____
Indicazione per l'endoscopia:	<input type="checkbox"/> Screening	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolore addominale
	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sanguinamento	<input type="checkbox"/> Ricerca di neoplasia <input type="checkbox"/> _____
Farmaci:	<input type="checkbox"/> FANS	<input type="checkbox"/> IPP	<input type="checkbox"/> _____
Fissazione in:	<input type="checkbox"/> Formalina	<input type="checkbox"/> Non fissato	
Altro:	<input type="checkbox"/> Foto richiesta	<input type="checkbox"/> Analisi molecolare richiesta: _____	
	<input type="checkbox"/> Resistenza alla claritromicina / levofloxacina (in caso di H. pylori positivo)		
	<input type="checkbox"/> Estemporanea		
Materiale:	<input type="checkbox"/> Citologia	<input type="checkbox"/> Biopsia	
	<input type="checkbox"/> Escissione	<input type="checkbox"/> Altro: _____	
	<input type="checkbox"/> Resezione:	<input type="checkbox"/> TME	
	<input type="checkbox"/> Mucosectomia:	<input type="checkbox"/> ESD	<input type="checkbox"/> EMR
Dati clinici/quesito diagnostico		Reperto endoscopico	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	

Localizzazione		Quesito diagnostico	
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	
6.		6.	

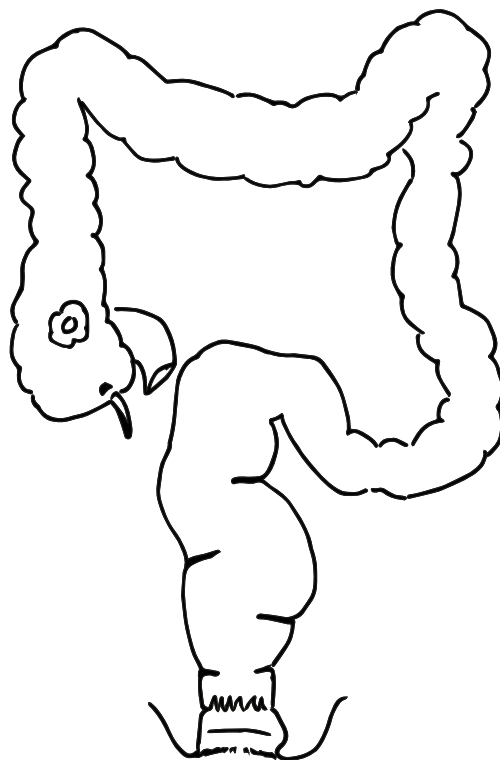
Tratto gastrointestinale superiore



Esofago



Tratto gastrointestinale inferiore



Regione Anale

