

Tratto Gastrointestinale

Pathologie Medica Enge
Hottingerstrasse 9, 8032 Zürich
Tel. 044 269 99 88
www.patho.ch

41



PATHOLOGIE
MEDICA ENGE

H09

Paziente		Richiedente	
Nr. paziente studio medico: _____		<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Marcare in nero Non utilizzare pennarelli! </div>	
<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> bambino >> padre/madre _____			
Cognome	_____		
Nome	_____		
Indirizzo	_____		
NPA/Città	_____		
c/o	_____		
Data di nascita	____/____/____ Cell. _____		
E-Mail	_____		
Nr. AVS	_____		
Elaborazione del referto		Fattura a	
<input type="checkbox"/> Per telefono Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Via fax Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Copia dei risultati a: _____		<input type="checkbox"/> Cassa malati _____ Nr. Assicurato _____ <input type="checkbox"/> Ass. infortuni _____ Nr. di caso/sinistro _____ Data infortunio _____ <input type="checkbox"/> Ospedale (paziente stazionario) <input type="checkbox"/> semiprivato/privato <input type="checkbox"/> comune ID (Nr. di caso) _____ <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Altro destinatario	
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): _____			

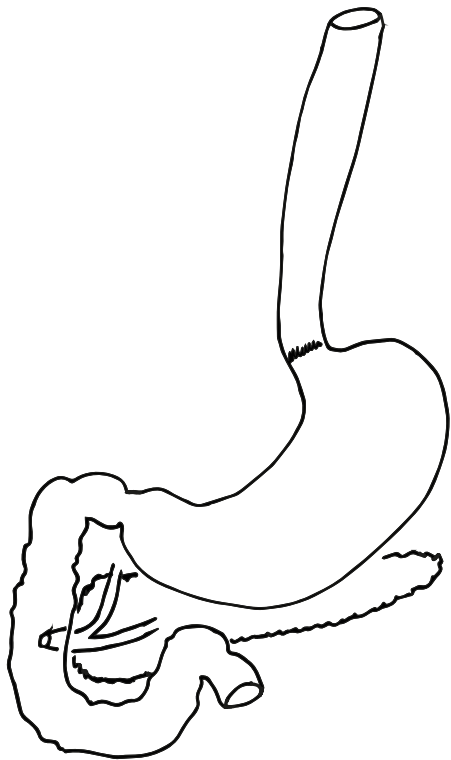
Tratto Gastrointestinale

Materiale del campione / Dati clinici / Quesito diagnostico

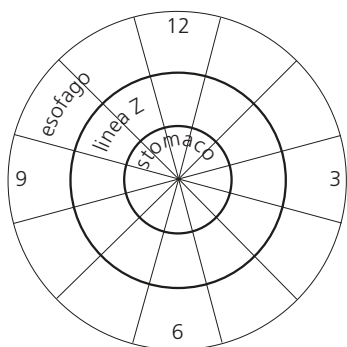
Data del prelievo:	_____	Ora del prelievo:	_____
Indicazione per l'endoscopia:	<input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolore addominale <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Sanguinamento <input type="checkbox"/> Ricerca di neoplasia _____		
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.	

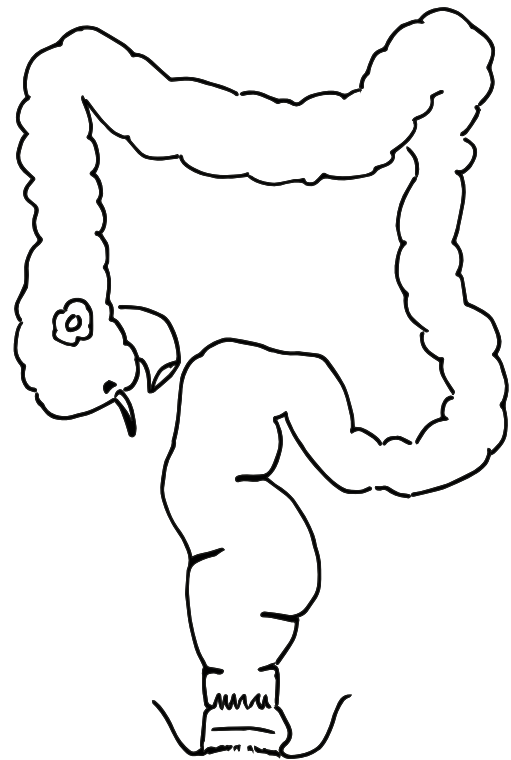
Tratto gastrointestinale superiore



Esofago



Tratto gastrointestinale inferiore



Regione Anale

