

Tratto Gastrointestinale

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



PATHOLOGIE MEDICA ENGE

41

H09

Paziente		Richiedente
Nr. paziente studio medico:		
<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		
<input type="checkbox"/> Per telefono	Nr.: _____	
<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"/> Si → Se sì: indicare il codice del forfait (6 cifre): _____		
 Marcare in nero  Non utilizzare pennarelli!		
Fattura a <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Cassa malati Nr. Assicurato _____ </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Ass. infortuni Nr. di caso/sinistro _____ Data infortunio _____ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Ospedale (paziente stazionario) semiprivato/privato <input type="checkbox"/> comune ID (Nr. di caso) _____ </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Richiedente <input type="checkbox"/> Altro destinatario </div> </div>		

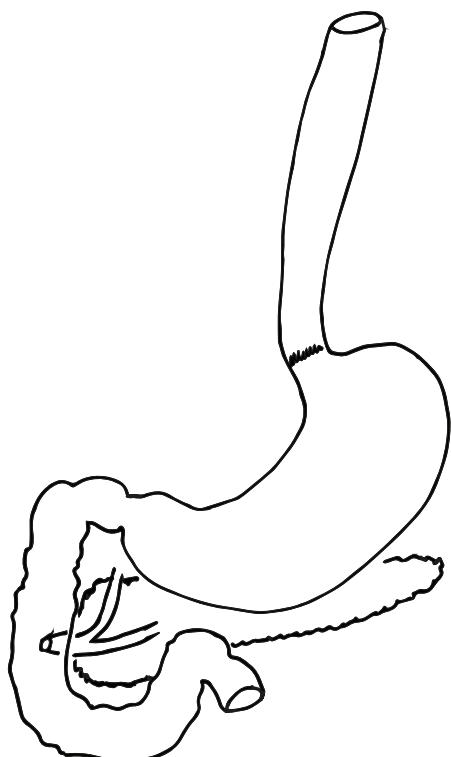
Tratto Gastrointestinale

Materiale del campione / Dati clinici / Quesito diagnostico

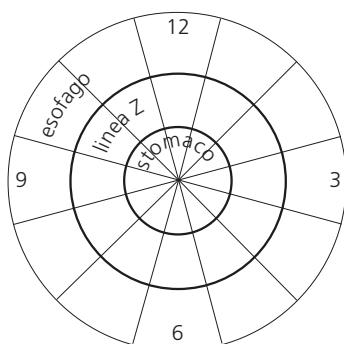
Data del prelievo:				Ora del prelievo:
Indicazione per l'endoscopia:	<input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Sanguinamento	<input type="checkbox"/> Dolore addominale <input type="checkbox"/> Ricerca di neoplasia	<input 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"/> Resistenza alla claritromicina / levofloxacina (in caso di H. pylori positivo) <input type="checkbox"/> Esteremporanea			
Materiale:	<input type="checkbox"/> Citologia <input type="checkbox"/> Escissione <input type="checkbox"/> Resezione: <input type="checkbox"/> Mucosectomia:			
	<input type="checkbox"/> Biopsia	<input type="checkbox"/> Altro: _____		
	<input type="checkbox"/> TME	<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.

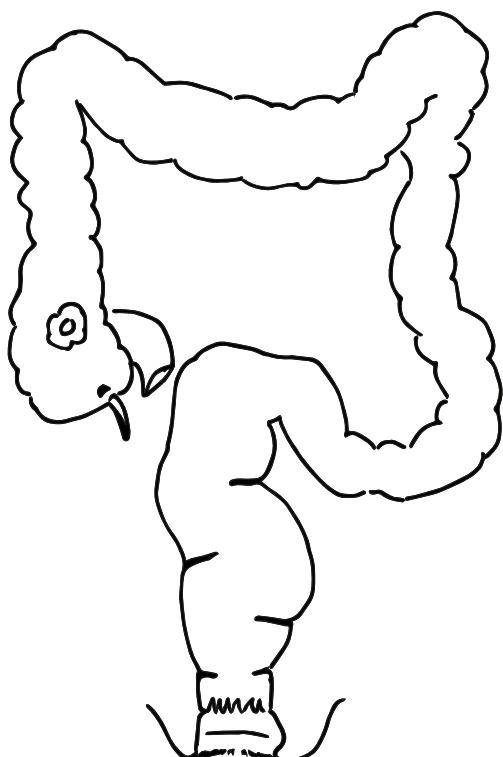
Tratto gastrointestinale superiore



Esofago



Tratto gastrointestinale inferiore



Regione Anale

