



**Servizio di Angiologia**

Tel. 091 811 45 49 Fax 091 811 47 83

Tel. 091 811 44 18

- PD Dr. med. **Hans Stricker**
- Dr. med. **Alessandro Robaldo**

Etichetta paziente

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: .....

---

## Richiesta esami diagnostici - Angiologia

---

<input type="checkbox"/> doppler e oscillo arterie arti inferiori	<input type="checkbox"/> duplex vene arti inferiori <input type="checkbox"/> des <input type="checkbox"/> sin
<input type="checkbox"/> doppler e oscillo arterie arti superiori	<input type="checkbox"/> duplex vene arti superiori <input type="checkbox"/> des <input type="checkbox"/> sin
<input type="checkbox"/> duplex arterie arti inferiori <input type="checkbox"/> des <input type="checkbox"/> sin	<input type="checkbox"/> duplex fistola dialisi
<input type="checkbox"/> duplex arterie arti superiori <input type="checkbox"/> des <input type="checkbox"/> sin	<input type="checkbox"/> mapping fistola dialisi
<input type="checkbox"/> duplex arterie sovraortiche	<input type="checkbox"/> mapping venoso arti inferiori
<input type="checkbox"/> duplex aorta	<input type="checkbox"/> capillaroscopia
<input type="checkbox"/> duplex arterie renali	<input type="checkbox"/> remmler (PA 24/ore)
<input type="checkbox"/> <b>duplex arterie mesenteriche</b>	<input type="checkbox"/> .....

ambulante /  degente → classe assicurativa    reparto..... camera nr. ....  
 1<sup>a</sup>     2<sup>a</sup>     3<sup>a</sup>

Diagnosi: .....  
.....  
.....

Terapia farmacologica: .....  
.....  
.....

Osservazioni: .....  
.....

Data: .....      Timbro e firma del medico: .....