



Sede OBV

tel. 091 811 33 00 / mail: angiologia.mendrisio@eoc.ch

Sede ORBV

tel. 091 811 85 10 / fax 091 811 86 36
mail: angiologia.bellinzona@eoc.ch

Sede ORL

tel. 091 811 67 10 / fax 091 811 67 31
mail: segretariato.angiologiaOCL@eoc.ch

ETICHETTA PAZIENTE

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

PF allegare 3 etichette

RICHIESTA DI ESAMI – ANGIOLOGIA

Sede auspicata per la visita: **Ospedale**

Sede **Civico**, Lugano (ORL)

Sede **Italiano**, Viganello (ORL)

Beata Vergine, Mendrisio (OBV)

Sede **San Giovanni**, Bellinzona (ORBV)

a piedi

in carrozzina

allettato

Esame

con visita angiologica

solo esame strumentale

Indicazione / clinica: _____

Terapia medicamentosa attuale: _____

Quesito: _____

- | | | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Doppler arterioso (ev duplex) | <input type="checkbox"/> Arti inferiori | | | |
| | <input type="checkbox"/> Arti superiori | | | |
| <input type="checkbox"/> Duplex flebo-trombosi
(<i>trombosi venosa profonda</i>) | <input type="checkbox"/> Arto inferiore | <input type="checkbox"/> destra | <input type="checkbox"/> sinistra | <input type="checkbox"/> bilaterale |
| | <input type="checkbox"/> Arto superiore | <input type="checkbox"/> destra | <input type="checkbox"/> sinistra | <input type="checkbox"/> bilaterale |
| <input type="checkbox"/> Duplex vene
(<i>varici, insufficienza venosa</i>) | <input type="checkbox"/> Arto inferiore | <input type="checkbox"/> destra | <input type="checkbox"/> sinistra | <input type="checkbox"/> bilaterale |
| <input type="checkbox"/> Duplex vene (mapping) | <input type="checkbox"/> Arto inferiore | <input type="checkbox"/> destra | <input type="checkbox"/> sinistra | <input type="checkbox"/> bilaterale |
| <input type="checkbox"/> Duplex cerebro-vascolare
(<i>duplex carotideo</i>) | <input type="checkbox"/> extra-craniale | <input type="checkbox"/> Duplex complicazione dopo puntione arteriosa
(aneurisma spurio, ...) | | |
| <input type="checkbox"/> Duplex aneurisma (sempre a digiuno) | | <input type="checkbox"/> Duplex altra localizzazione _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Duplex arterie renali (sempre a digiuno) | | <input type="checkbox"/> Misurazione ossigeno transcutanea (luogo)
_____ | | |
| <input type="checkbox"/> Duplex arterie addominali (sempre a digiuno) | | <input type="checkbox"/> Capillaroscopia | | |
| <input type="checkbox"/> Duplex fistola AV | | | | |

Convocazione

Oggi stesso/urgente (sempre telefono con il medico (091 / 811) 6756)

Da convocare Appuntamento fissato il _____

Medico richiedente: _____

Reparto: _____ Tel.: _____

Data: _____ Timbro e firma: _____