

MEDICO RICHIEDENTE DATA

DATI PAZIENTE

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA

RESIDENZA VIA.....N.....

CITTA'(.....) TEL.....

DIAGNOSI:

.....
.....

INTERVENTO:

.....
.....
.....

NOTE.....

Tempo Previsto per l'Intervento.....

ALLERGIE.....

MODALITA DI SOSPENSIONE DI ALCUNI FARMACI:

ASA : 4 giorni prima dell'Intervento**TICLOPIDINA E SIMILARI**: 10 giorni prima dell'Intervento e Sostituirlo con EBPM (Clexane)**COUMADIN, SINTROM**: 5 giorni prima dell'Intervento e Sostituirlo con EBPM (Clexane)LIVELLO DI PRIORITA' **A** entro 30 gg **B** entro 60 gg **C** entro 180 gg **D** entro 1 anno

○ RICOVERO ORDINARIO IL :.....DEGENZA GG.....

○ RICOVERO DH /AMB. IL :.....

○ PRESTAZIONE AMBULATORIALE SENZA RICOVERO IL:.....

Esami/ Consulenze Preoperatori aggiuntivi al Profilo (da eseguire al Prericovero/Ricovero):

- Rx. Torace
- Rx. Specialistica.....
- Ecografia.....
- Eco Doppler Venoso AAII
- Consulenza Cardiologica
- Consulenza Anestesiologica
-

OSSERVAZIONI**FIRMA DEL MEDICO**