

Servizio di angiologia
Dr. med. Reto Canevascini
Caposervizio
FMH angiologia e Medicina Interna

Segretariato:
tel. 091 811 67 10
fax 091 811 67 31

Etichetta del paziente
+
PF allegare 3 etichette "grandi"

RICHIESTA DI ESAMI - ANGIOLOGIA

Sede auspicata per la visita: **Ospedale**

- Sede **Civico**, Lugano Sede **Italiano**, Viganello **Beata Vergine**, Mendrisio

Esame

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

Convocazione

- Oggi stesso/urgente (sempre telefono con il medico (091 / 811) 6093)
- Da convocare Appuntamento fissato il _____

Indicazione / clinica: _____

Terapia medicamentosa attuale: _____

Quesito: _____

Medico richiedente: _____

Reparto: _____ tel.: _____

Data: _____ Firma: _____