



Servizio di Riabilitazione Polmonare: Sede OBV, Mendrisio Fax 091 811 30 34
Responsabile Dr. med. Andrea Zanini Sede ORL; Lugano (Italiano) Fax 091 811 77 03
 Sede ODL, Locarno Fax 091 811 49 54

Modulo di annuncio per riabilitazione polmonare

Sig./Sig.ra: Nato/a il:

Indirizzo: Tel:

Diagnosi:

.....

.....

Patologie significative associate:

.....

Medico curante: **Pneumologo curante:**

Indirizzo:

Documentazione:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Spirometria completa (+ DLCO) | <input type="checkbox"/> TC torace |
| <input type="checkbox"/> Spirometria semplice | <input type="checkbox"/> ECG |
| <input type="checkbox"/> Emogas | <input type="checkbox"/> Eco cuore |
| <input type="checkbox"/> MIP, MEP | <input type="checkbox"/> ECG dinamico (Holter) |
| <input type="checkbox"/> Ergospirometria | <input type="checkbox"/> Rapporti di ricovero |
| <input type="checkbox"/> Rx torace | <input type="checkbox"/> Altri rapporti |
| | <input type="checkbox"/> Altro |
| | |

Note:

.....

.....

Data: _____ Firma: _____