

---

## Richiesta terapie ambulatoriali

---

### Dati anagrafici

Cognome: ..... Nome: .....

Data di nascita: ..... Telefono: .....

Indirizzo: .....

Medico richiedente: .....

Diagnosi: .....

### Trasfusioni (allegare modulo di consenso, vedi informazioni per il medico richiedente)

N° di sacche da somministrare: .....

Modalità di somministrazione se sono richieste più sacche (consecutive o in giorni diversi):  
.....

### Altre terapie

Nome del farmaco: .....

Dosaggio: .....

Via di somministrazione: .....

N° di somministrazioni: .....

Frequenza: .....

Durata (per quanto tempo): .....

Osservazioni: .....

.....

Data: ..... Firma: .....

Concordare la data di somministrazione con la responsabile convocazione pazienti (tel. +41 (0)91 811 36 55) e inviare il modulo al n° di fax + 41 (0)91 811 30 63.

Per le trasfusioni inoltrare anche al laboratorio al n° di fax +41 (0)91 811 30 29.

---

### Spazio riservato all'ufficio convocazione pazienti

Data del trattamento: ..... Orario di arrivo in ODG: .....

Osservazioni: .....

.....