



Al Servizio di Riabilitazione Polmonare:
Responsabile **Dr. Med. Antonio Satta**
MODULO DI ANNUNCIO PER RIABILITAZIONE POLMONARE
Fax: 091 811 47 61

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

Indirizzo: _____ Tel. _____

Diagnosi: _____

Patologie significative associate: _____

Medico Curante: _____ **Pneumologo Curante:** _____

Indirizzo: _____

Documentazione:

Spirometria completa (+ DLCO)
Spirometria semplice
Emogas
MIP, MEP
Erospirometria
Rx torace

TC torace
ECG
Eco cuore
ECG dinamico (Holter)
Rapporti di ricovero
Altri rapporti
Altro _____

Note:

Data:

Firma: