

---

## Richiesta terapie ambulatoriali

---

### Dati anagrafici

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

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

Indirizzo: .....

Medico richiedente: .....

Diagnosi: .....

### Trasfusioni (allegare modulo di consenso)

N° di sacche da somministrare: .....

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

### Altre terapie (per infusione di ferro allegare gli esami di emoglobina e ferritina)

Nome del farmaco: .....

Dosaggio: .....

Via di somministrazione: .....

N° di somministrazioni: .....

Frequenza: .....

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

Osservazioni: .....

.....

Data: .....

Firma: .....

Concordare la data di somministrazione con il Servizio ammissione e dimissione pazienti (tel. +41 (0)91 811 32 32) e inviare il modulo all'indirizzo e-mail [ammissionedimissione.mendrisio@eoc.ch](mailto:ammissionedimissione.mendrisio@eoc.ch) oppure al n° di fax +41 (0)91 811 30 63.

---

### Spazio riservato all'ufficio convocazione pazienti

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

Osservazioni: .....

.....