

## Richiesta di consulto dermatologico

Data: .....

Medico/timbro:

Paziente: .....

Data di nascita: .....

Indirizzo: .....

Telefono: .....

**Grado di urgenza:**

- Priorità 1 (immediato)
- Priorità 2 (entro la settimana)
- Priorità 3 (quando possibile)

**Motivo della consultazione**

Tipo di lesione cutanea / sintomi .....

Localizzazione .....

Presente da .....

Ulcera      Sì       No

Diagnosi .....

**Esami paraclinici già effettuati (allegare le copie)**

**Lista delle diagnosi / Terapia farmacologica attuale**

**Allergie / Intolleranze note**

**Osservazioni**