

Richiesta di consulto per l'ambulatorio del piede diabetico

Medico Richiedente: _____ EOC Esterno
Email: _____ Telefono: _____

Dati del Paziente:

Motivo: Malattia Infortunio

Cognome: _____

Nome: _____

Email: _____ Telefono diretto: _____

Etichetta paziente

Consenso del paziente al rilascio di informazioni / documentazione clinica:

Con la presente acconsento a rilasciare informazioni al mio medico di famiglia: sì no

Informazioni relative al medico di famiglia (nome, cognome, indirizzo): _____

Luogo e data: _____

Firma del paziente: _____

Dati clinici:

Urgente: sì no

Indicare se il paziente rientra in una delle seguenti casistiche:

- neuropatia periferica con o a rischio di sviluppare lesioni trofiche a livello del piede per cui è necessario uno screening della perfusione arteriosa, la prescrizione di una adeguata calzatura profilattica/terapeutica e un'informazione strutturata per la prevenzione e la cura del piede.
- presenza di una o più lesioni trofiche del piede associate ad una sospetta o nota arteriopatia ostruttiva cronica periferica.
- presenza di una o più lesioni trofiche del piede associate ad una sospetta o conclamata infezione.
- presenza di una o più lesioni trofiche del piede associate a deformità osteo-articolari.

Quesito clinico:

Comorbidità/anamnesi patologica:

Note cliniche rilevanti:

Informazioni e Modalità di annuncio:

Sede di Lugano – Servizio di Diabetologia ed Endocrinologia

- PiedeDiabetico.Lugano@eoc.ch
- tel. +41 (0)91 811 76 30

Sede di Locarno- Servizio di Chirurgia Vascolare e Angiologia

- PiedeDiabetico.Locarno@eoc.ch
- tel. +41 (0)91 811 45 49