

**Servizio di gastroenterologia**

Telefono: +41 091 811 87 08

e-mail [gastroenterologia.orbv@eoc.ch](mailto:gastroenterologia.orbv@eoc.ch)

Caposervizio  
Capoclinica  
Medici aggiunti

**Dr. med. Gianluca Lollo**  
**Dr. med. Georgios Amvrosiadis**  
Dr. med. Alberto Fransioli  
Dr. med. Rocco Grignoli

## Richiesta di endoscopia digestiva

Nel rispetto degli standard di cura, definiti allo scopo di poter garantire il miglior servizio ai nostri pazienti, vi segnaliamo l'importanza di completare la richiesta in maniera integrale

Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
CAP
N° Telefono
Medico di famiglia _____

Regime:

- Ambulante (con eventuale OdG)**  
 **Degente**

### Procedura richiesta

- EGDS (gastroscopia)  
 Colonscopia  
 Rettosigmoidoscopia  
 ERCP  
 PEG  
 Dilatazione  
 Polipectomia  
 Trattamento di varici  
 Ecoendoscopia  
 Stomia  
 *Preparazione intestinale per os*  
 *Transtomia*  
 *Clisteri rettali*

**Quesito clinico:**

<p>_____</p> <p><b>Peso:</b> _____ <b>Kg</b>      <b>Altezza:</b> _____ <b>cm</b></p>	<p><b>Terapia abituale</b> (antiaggreganti e/o anticoagulanti)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• _____</li><li>• _____</li><li>• _____</li><li>• _____</li></ul>
---	--

Cari Colleghi, al fine di valutare al meglio il rischio anestesilogico vi chiediamo gentilmente di completare quanto segue:

<b>Malattie cardiovascolari:</b> cardiopatie con FE <40%, valvulopatie severe, recente IMA (< 1 anno), impianti PM o ICD, aritmie significative, tromboembolie polmonari in TAO	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Malattie polmonari:</b> pneumopatie (BPCO ≥ GOLD 3), OSAS con indicazione ad utilizzo di C-PAP	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Malattie metaboliche, epatiche, renali, stato oncologico, gravidanza:</b> BMI >35, cirrosi, paziente dializzato, coagulopatie severe	<b>si</b>	<b>no</b>
<b>Malattie neurologiche:</b> ICTUS recente o con sequele, malattie neurologiche invalidanti (epilessia, miastenia)	<b>si</b>	<b>no</b>

<b>Allergie / Osservazioni</b>   
--

Data richiesta:

Medico richiedente (timbro e firma):



Parte riservata al medico operatore

Appuntamento da pianificare entro:

	Si	No	
ODG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anestesisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Note sulla preparazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tempo procedura			
Premedicazione			
Materiale particolare			
<b>Osservazioni</b>			
<b>Data e firma</b>		<b>Operatore</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Dr. Lollo</li><li><input type="radio"/> Dr. Amvrosiadis</li><li><input type="radio"/> Entrambi</li><li><input type="radio"/> _____</li></ul>	

Parte riservata al segretariato

Appuntamento pianificato il \_\_\_\_\_

La procedura sarà effettuata in  Endoscopia  Radiologia  Sala Operatoria

	Si	No	Osservazioni
Avviso Gestione Letti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avviso ODG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paziente convocato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Data e firma</b>			