Referto angiologico generale

medForms.ch
© 2025, tutti i diritti riservati

Paziente

Cognome
Nome
Via
NPA/località
Data di nasc. Sesso
N. AVS
Telefono
Mail

Destinatario

GLN RCC
Mail

Assicurazione

Indirizzo
GLN

Legge / Caso

Motivo tratt.
Legge
N° ass.
N° /Data infort.

Data dell'esame

☐ Urgente
◯ Paziente si annuncia per la visita
⊗ Fissare un appuntamento da
◯ La visita è stata fissata il giorno ::

Esame

- ☐ Sindrome piede diabetico
- ☐ Trombosi
- ☐ Thoracic Outlet Syndrom
- ☐ Ipertrofia renovascolare
- ☐ Insulto cerebrovascolare
- ☐ Disturbi alle gambe di origine sconosciuta
- ☐ Disturbi nella guarigione delle ferite
- ☐ Varici
- ☐ Vasculite
- ☐ Linfedema
- ☐ Sindrome di Raynaud
- ☐ Arteriopatia periferica
- ☐ Arteriopatia dilatativa/ aneurisma
- ☐ Sindrome del martello ipotenar
- ☐ Altro (specificare)

Ecografia duplex

- ☐ Arterie pelviche e gambe
- ☐ Vene pelviche e gambe
- ☐ Arterie renali
- ☐ Arterie e vene braccia
- ☐ Arterie viscerali e aorta
- ☐ Carotidi
- ☐ Arterie temporali
- ☐ Mappatura venosa pre-emodialisi

Terapia

- ☐ Interventi con catetere
- ☐ Scleroterapia
- ☐ Miniflebectomia
- ☐ Terapia dell'ulcera
- ☐ Terapia laser endovenosa

Indicazione / questione

In caso di problemi di spazio, è possibile utilizzare il campo aggiuntivo nella pagina seguente

Medico di riferimento ☐ Medico di riferimento = medico di base

Mail
GLN RCC
Tel.

Medico di famiglia ☐ Copia dei risultati dal medico di base

Mail
GLN RCC
Tel.

Data

Invio elettronico

«Invio diretto» è disattivato perché il destinatario non può essere indirizzato in modo sicuro (HIN-Mail|Medidata)!

medForms.ch
© 2025, tutti i diritti riservati

Osservazioni