



|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Data prenotazione ricovero _____                         | N° di prenotazione assegnato _____ |
| Firma per ricevuta e consenso trattamento dati sensibili |                                    |
| Data _____   |                                    |

|   | MEDICO  | IP CONTROLLO  |
|---|---|---|
| ESAMI EMATOCHIMICI COMPLETI   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| MARKERS EPATITE B-C   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| HIV   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| GRUPPO E 1° TS  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ECG   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| RX TORACE   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| TAC-RMN   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| MDC SI NO   |   |   |
| Tipo:   |   |   |
| • Massiccio facciale  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| • Collo   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| • Rocche e mastoidi   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| • Massiccio facciale a strati sottili in assiale e coronale con finestra per l'osso |   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| PANENDOSCOPIA   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| RINOMANOMETRIA  |   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ECO ADDOME SUPERIORE  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ECODOPPLER TSA  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ECODOPPLER ARTI INFERIORI   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| AGOBIOPSIA  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ECOGRAFIA COLLO   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| PEG   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| CVC   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ESAME CONGELATORE DA RICHIEDERE   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ESAME AUDIOMETRICO  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ESAMI PER ALLERGIE  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
|   | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Tipo di ALLERGIA:

.....

.....

TERAPIE IN ATTO

☐ SI ☐ NO

Quali:

.....

.....

CONSULENZE DA RICHIEDERE

Tipo di CONSULENZA:

.....

.....

FIRMA MEDICO

FIRMA IP PER CONTROLLO ESAMI

