Richiesta esami poliambulatorio di cardiologia
Poliambulatorio di cardiologia
T. +41(0)91 811 51 55
poliambulatorio.icct@eoc.ch

Modulo

RICHIESTA PER VALUTAZIONE ANGIOLOGICA

Data della richiesta:

Data prevista dell'esame:

☐ Paziente ambulante
☐ Paziente degente

☐ Dr. med. Paolo Tutta
☐ Dr. med. Milko Pedrotti

Medico richiedente:

☐ Video-capillaroscopia periungueale
☐ Duplex venoso agli arti superiori
☐ Duplex venoso agli arti inferiori
☐ Duplex aorta addominale, vasi viscerali, aa renali
☐ Duplex precerebrale
☐ Duplex arterioso degli arti superiori
☐ Duplex arterioso degli arti inferiori
☐ Doppler arterioso degli arti inferiori
☐ Esame da sforzo con presa di pressioni
☐ Altro

Diagnosi:

Terapia:

Indicazioni e richieste specifiche:

Refertazione rapida: