

RICHIESTA DI VISITA CARDIOLOGICA AMBULATORIO AMILOIDOSI

ETICHETTA PAZIENTE

Data richiesta:

Medico richiedente:

Medico curante:

Cardiologo curante:

INFORMAZIONI PAZIENTE:

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Telefono:

Domicilio:

Motivo della visita:

Comorbidity rilevanti:

Familiarità per amiloidosi: si no non noto

Ecocardiografia: si no

Scintigrafia ossea: si no

Immunofissazione siero/urine: si no

Rapporto catene leggere libere siero: si no

Catene leggere libere urine: si no

Terapia farmacologica rilevante:

Data:

Timbro e firma del
medico richiedente:

- ▶ **Compilare tutti i campi e inviare tramite e-mail sicura a:** poliambulatorio.icct@eoc.ch e manuela.averaimo@eoc.ch
- ▶ **Allegare l'ultima documentazione medica disponibile**

Data pubblicazione: 03.10.2023

Ultimo aggiornamento: 03.10.2023

Approvato da: Poliambulatorio di cardiologia

CCT-SCAR-MOD-033-R00

Pag. 1/1