



Per facilitare la raccolta dei suoi dati anagrafici e della sua storia clinica la preghiamo gentilmente di compilare questo modulo e di restituirlo al personale dell'endoscopia il giorno dell'esame: in caso di difficoltà nella compilazione può rivolgersi al Suo medico di fiducia.

La informiamo che i dati da lei comunicati saranno utilizzati esclusivamente per la compilazione della cartella elettronica e che il presente foglio sarà conservato negli archivi del centro di endoscopia.

| | |
|--------------------|----------------------|
| Cognome | Nome |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Indirizzo | Città |
| Codice Fiscale | N° tessera esenzione |
| Numero di telefono | Professione |

Quali sono le principali malattie o interventi chirurgici che ha subito nella sua vita?

.....

Assume farmaci abitualmente? No Si → Se si quali?

.....

Ha assunto negli ultimi 7 giorni o assume abitualmente antiaggreganti piastrinici? No Si → Se si contattare il Suo Medico di Medicina Generale

.....

Assume anticoagulanti ? No Si → Se si quali? (in tal caso contattare il Medico di Medicina generale)

.....

E' allergico a qualche farmaco ? No Si → Se si quali?

.....

Data

Firma del paziente

.....

.....