

Gentile Utente, per agevolare gli operatori a fornire un servizio quanto più soddisfacente, rapido ed efficiente, La invitiamo a compilare la scheda informativa seguente, riguardo al Suo stato di salute ed ai farmaci che assume abitualmente.

COGNOME E NOME _____ N° TELEFONO _____

ANNI COMPIUTI _____ PESO _____

PER COLONSCOPIA O GASTROSCOPIA CON SEDAZIONE DEVE ESSERE ACCOMPAGNATO E
NON POTRÁ GUIDARE PER LE DODICI ORE SUCCESSIVE ALLA PROCEDURA

HA ALLERGIE A FARMACI E/O ALIMENTI? SE SÍ, QUALI _____

ASSUME FARMACI PER DORMIRE? SE SÍ, QUALI _____

ASSUME FARMACI PER SCOAGULARE IL SANGUE? SE SÍ, QUALI _____

QUALI SONO LE MEDICINE CHE STA PRENDENDO _____

È STATO SOTTOPOSTO A DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI? SE SÍ, QUALI _____

INDICARE LE EVENTUALI PATOLOGIE DI CUI È AFFETTO _____

GRAZIE DELLA GENTILE COLLABORAZIONE