



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

.....

.....