



Richiesta di consulenza per terapia con NAO

PER PAZIENTI RICOVERATI *	
Bollino identificativo del paziente	<input type="radio"/> Alla U.O. CARDIOLOGIA (FANV) (Fax: 5403)
	<input type="radio"/> Alla U.O. MEDICINA (FANV) (Fax: 5256)
U.O. Richiedente _____	Tel. _____
Data _____	Firma Leggibile/Timbro _____
PER PAZIENTI AMBULATORIALI	
Al Servizio TAO (fax 5320)	
<input type="checkbox"/> prima prescrizione	<input type="checkbox"/> switch TAO/NAO
Nome _____ Cognome _____	
Via _____ n° _____ Città _____ CAP _____	
Tel. _____ Cellulare _____ CF _____	
Familiare o tutore _____	
Tel _____ Cellulare _____	
Notizie cliniche: <input type="checkbox"/> deambulante <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> allettato	
peso Kg _____ VFG (mL/min) _____ SGPT (U/L) _____ CHILD= <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	
Medico curante Dr/Dssa _____	
U.O. richiedente _____	Tel _____
Data _____	Firma Leggibile/Timbro _____

*** N.B.: compilare tutti i dati e allegare la 'check-list NAO',
altrimenti la richiesta non sarà evasa!**