


 <b>ASL Nuoro</b> Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO	 Sistema Sanitario Regione Sardegna
	Mo_CAS_006	
C.A.S. - PERCORSO <b>COLON - RETTO</b>		

## PAZIENTE

COGNOME NOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ SESSO ☐ M ☐ F

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CITTADINANZA \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) REGIONE \_\_\_\_\_

ASL di Residenza \_\_\_\_\_ MEDICO Medicina Generale \_\_\_\_\_

Rif. Telefonici \_\_\_\_\_

ESENZIONE: ☐ NESSUNA ☐ 048 ☐ \_\_\_\_\_ (esenzione 048 richiesta in data \_\_\_\_\_)

ALLERGIE NOTE: ☐ NO ☐ SI Specificare \_\_\_\_\_)

	ESAME RICHIESTO	Preferib. entro il	Data/ora Esecuz.	Sede esame	Pz.Avvisato
<input type="checkbox"/>	Esami ematici ✕				
<input type="checkbox"/>	Visita Oncologica (cod. 89.01)				
<input type="checkbox"/>	TC (con mdc) <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Addome				
<input type="checkbox"/>	Colonscopia Virtuale (Se colonscopia non completa o non diagnostica)				
<input type="checkbox"/>	RM addome con MdC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Addome superiore <input type="checkbox"/> Addome Inferiore				
<input type="checkbox"/>	PET <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	ECO Trans Rettale				
<input type="checkbox"/>	Altro:				

✕ Emocromo, profilo epato renale e coagulativo, marcatori CEA CA 19.9, HBsAg, HBsAb, HCVAb.

☐ RM Addome completo - come esame alternativo alla TC nei pazienti con comprovata allergia al mezzo di contrasto iodato;

RM Epatica con MdC Epatospecifico - nei casi di lesioni epatiche dubbie o nel caso di lesioni secondarie, sempre su indicazione TMD

☐ Stadiazione iniziale in caso di esame TC (A-T) dubbia per metastasi epatiche e polmonari potenzialmente suscettibili di resezione chirurgica (Linee Guida AIOM)

Nuoro lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Lo Specialista Amb.** (Timbro e/o Firma leggibile)