

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA - ASL NUORO Direzione Generale: direttore Dott. Paolo Cannas	 Sistema Sanitario Regione Sardegna
	Mo_CAS_009	
PATOLOGIE UROLOGICHE - PERCORSO STADIAZIONE		

Paziente Cognome Nome _____
 Data e Luogo Di Nascita _____
 Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____
 Comune di Residenza _____ (prov. _____) Regione _____
 ASL di Residenza _____ MEDICO Medicina Generale _____
 Rif. Telefonici _____
ESENZIONE: ☐ NESSUNA ☐ 048 ☐ _____ **ALLERGIE NOTE:** ☐ NO ☐ SI Specificare _____

Prescrizione Richiesta	CAS	Data prenot.	ore	PO	Note
<input type="checkbox"/> Esami ematici				<input type="checkbox"/> Centro Prelievi P.O. Zonchello <input type="checkbox"/>	Presentarsi a digiuno
<input type="checkbox"/> Visita Urologica (cod. 89.01)				Amb Urologia 4 Piano S. Francesco	Portare documentazione precedente (inclusi CD strumentali)
<input type="checkbox"/> Prima Visita Oncologica (cod. 89.7)				Amb. Oncol. 3 piano DEA S. Francesco	Portare documentazione precedente (inclusi CD strumentali)
<input type="checkbox"/> Visita Oncologica pre trattamento (cod. 89.03)				Amb. Oncol. 3 piano DEA S. Francesco	Portare documentazione precedente (inclusi CD strumentali)
<input type="checkbox"/> Visita Oncologica breve (cod. 89.01)				Amb. Oncol. 3 piano DEA S. Francesco	Portare documentazione precedente (inclusi CD strumentali)
<input type="checkbox"/> Visita Radioterapica pretrattamento (cod. 89.03)				Amb. RT, PT S. Francesco	Portare documentazione precedente (inclusi CD strumentali)
<input type="checkbox"/> Visita Radioterapica breve (cod. 89.01)				Amb. RT. PT S. Francesco	Portare documentazione precedente (inclusi CD strumentali)
<input type="checkbox"/> Visita Cardiologica + ECG + ECO				<input type="checkbox"/> Amb. Cardio 1 piano S. Francesco <input type="checkbox"/> Amb Cardio 1 P Casa della Salute (blocco A)	Portare documentazione precedente (inclusi CD strumentali)
<input type="checkbox"/> TC (con mdc) <input type="checkbox"/> Encefalo <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Pelvi				<input type="checkbox"/> Radiologia S. Francesco 1 Piano <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/>	Portare documentazione precedente (inclusi CD strumentali) Far presente eventuali allergie Portare documentazione precedente
RM con MdC <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Pelvi				<input type="checkbox"/> Radiologia S. Francesco 1 Piano <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/>	Esame creatinina (recente < 1 mese) Compilare consenso RM Digiuno da 4 ore (se MdC)
<input type="checkbox"/> Scintigrafia Ossea				<input type="checkbox"/> Centro PET S. Michele Piano – 1 <input type="checkbox"/> Med Nucleare Sassari	Portare documentazione precedente Compilare consenso
<input type="checkbox"/> Cistoscopia				Amb Urologia 4 Piano S. Francesco	Portare documentazione precedente
<input type="checkbox"/> PET FDG				<input type="checkbox"/> Centro PET S. Michele Piano – 1 <input type="checkbox"/> Med Nucleare Sassari	Portare documentazione precedente Portare ½ litro d'acqua/ digiuno. Seguire le indicazioni rilasciate dal personale PET.
<input type="checkbox"/> PET PSMA				<input type="checkbox"/> Centro PET S. Michele Piano – 1	Compilare consenso
<input type="checkbox"/> BIOL. MOLECOLARE				An. Patologica Sassari	Recuperare Materiale in An Patologica
<input type="checkbox"/> CONS. FISIATRICA				P. O. Zonchello piano	Portare documentazione precedente
<input type="checkbox"/> ALTRO					

Nuoro li ____/____/____ Reparto.....

Lo Specialista (Timbro e/o Firma leggibile)