



**CHIRURGIA
DEL
PANCREAS
VERONA**



Istituto del Pancreas



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA INTEGRATA
VERONA



Scheda di appuntamento

Ricordate di portare con voi gli esami che avete già eseguito a Verona o in altra sede (film radiologici, CD, esami del sangue), portate anche eventuali relazioni di altre visite fatte in precedenza.

Informazioni personali

Nome: _____

Cognome: _____

Data di Nascita: _____

Comune di Nascita: _____

Codice fiscale: _____

Comune di Residenza: _____

Indirizzo: _____

CAP: _____

Telefono: _____

Email: _____

E' la prima visita presso il nostro Servizio di Chirurgia Pancreatica? Si No

Se no, indicare la data della visita precedente: _____

Siete già stati visitati da altri Specialisti in Chirurgia Pancreatica? Si No

Se si, indicare lo Specialista: _____

Vi è stata fatta una diagnosi (anche da un altro Specialista o dal vostro Medico di Medicina Generale)?

Come avete conosciuto l'Unità di Chirurgia del Pancreas di Verona? Da chi siete stati inviati?

Anamnesi

Ha parenti con storia di tumori (in particolare al pancreas)? Si No

Se si, indicare grado di parentela e tipo di tumore:

Fuma sigarette? Si No

Assume alcolici (oltre 1 bicchiere/pasto con regolarità)? Si No

Ha allergie? Si No

Se si, indicare il tipo di allergia:

Indicare malattie concomitanti/passate tra quelle segnalate:

Malattie del cuore (infarto/aritmie-pace maker/scompenso cardiaco)

Ipertensione arteriosa

Diabete mellito

Malattie respiratorie (bronchite cronica/enfisema)

Malattie dei reni (insufficienza renale)

Malattie del fegato (epatite/cirrosi)

Altre malattie/ricoveri ospedalieri (indicare):

Precedenti interventi chirurgici (indicare):

Assume farmaci? Si No

Se si, indicare il nome e il dosaggio del farmaco:

Patologia pancreatica

Descriva brevemente i sintomi che ha avuto:

E' stata posizionata una protesi biliare o un drenaggio biliare esterno? Si No

E' stata già eseguita una biopsia? Si No

Ha eseguito dosaggio di marcatori tumorali nel sangue? Si No

Indagini radiologiche già eseguite:

Ecografia dell'addome

TAC dell'addome

RM/CPRM dell'addome

Ecoendoscopia

Gastroscopia

ERCP

PET

Altro (indicare): _____

E' già stato sottoposto a terapia specifica per la sua malattia pancreatica?

No

Chirurgia

Chemioterapia

Radioterapia

Chemio-Radioterapia

Altro (Specificare): _____

Annotazioni/Domande per il medico
