

[www.chirurgiapancreasverona.it](http://www.chirurgiapancreasverona.it)

## 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 pancreaticata

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 pancreaticata?

No

Chirurgia

Chemioterapia

Radioterapia

Chemio-Radioterapia

Altro (Specificare): \_\_\_\_\_

**Annotazioni/Domande per il medico**

---

---

---

---

---

---

---

---