



RICHIESTA ESAME ENDOSCOPICO RESPIRATORIO

Per il Sig./ra: _____ Data di nascita: ____/____/____

Indirizzo _____ Tel : _____

Inviato da _____ Contatto telefonico: _____

Si richiede :

- FIBROBRONCOSCOPIA DIAGNOSTICA
- BIOPSIA BRONCHIALE /TRANSBRONCHIALE
- LAVAGGIO BRONCOALVEOLARE (BAL)
- AGOASPIRATO TRANSBRONCHIALE (EBUS-TBNA)
- TOILETTE BRONCHIALE
- URGENZA /ALTRO _____

Sospetto clinico/indicazioni:					
Documentazione necessaria :	Sì	No		Sì	No
- Rx Torace e/o TC Torace			Ottenuto il consenso informato ?		
- E.C.G.			Necessità di sedazione in narcosi?		
- Emocromo, PT, PTT, INR			Aritmie / cardiopatia ischemica / ex IMA		
- Tampone molecolare CoViD			BPCO / Asma instabile / Insuff. Respiratoria		
- Emogas recente (se Insufficienza Respiratoria)			Anticoagulanti / antiaggreganti in atto		
			Diabete		
			Intolleranza a farmaci / allergie		
			HbsAg +; HCV+ ; Hiv+; Sospetta TBC		
			Presenza di germi sentinella o isolamento		
				

Si segnala:

Data richiesta :/...../..... Medico richiedente.....

Riservato al Pneumologo:
 Pervenuta in data :/...../.....
 Visti gli accertamento effettuati, le indicazioni e le controindicazioni il paziente risulta idoneo all'esecuzione della Fibrobroncoscopia
 Medico broncoscopista.....