

Ente di provenienza Reparto

Cognome Nome M F

Data di nascita Peso corporeo (Kg)

SINTOMATOLOGIA

<input type="checkbox"/> DOLORE EPIGASTRICO	<input type="checkbox"/> SENSO DI PESO GASTRICO
<input type="checkbox"/> BRUCIORE EPIGASTRICO	<input type="checkbox"/> GONFIORE EPIGASTRICO
<input type="checkbox"/> BRUCIORE RETROSTERNALE	<input type="checkbox"/> NAUSEA
<input type="checkbox"/> RIGURGITI	<input type="checkbox"/> VOMITO

PATOLOGIA IN ATTO**	K-GASTRICO*	ESOFAGITE
data	<input type="checkbox"/> UD* <input type="checkbox"/> UG*	<input type="checkbox"/> GASTRITE <input type="checkbox"/> ALTRO
PATOLOGIA PREGRESSA**	K-GASTRICO*	ESOFAGITE
data	<input type="checkbox"/> UD* <input type="checkbox"/> UG*	<input type="checkbox"/> GASTRITE <input type="checkbox"/> ALTRO

STOMACO OPERATO	NO <input type="checkbox"/> SI	GASTRECTOMIA TOTALE GASTRECTOMIA PARZIALE
INSUFFICIENZA RENALE	NO <input type="checkbox"/> SI	

TEST H. PYLORI EFFETTUATO	NO <input type="checkbox"/> SI	DATA	ESITO: <input type="checkbox"/> POS <input type="checkbox"/> NEG
TERAPIA ERADICANTE H. PYLORI	NO <input type="checkbox"/> SI	DATA	FARMACI:

FARMACI ASSUNTI DI RECENTE

Ultimi 30 giorni

	dose/die	data inizio	data fine
Omeprazem / Omeprazolo			
Lansox / Limpidex			
Pantorc / Pantopan / Peptazol			
Pariet			
Nexium / Esopral / Lucen / Axagon			
Ranidil / Zantac			
Tagamet			
Nizax			
Gastridin			
Neo-H2			
Altro			

(*) K-Gastrico=Cancro Gastrico; UD=Ulcera Duodenale; UG=Ulcera Gastrica

(**) dato endoscopico / istologico

Data

Firma