

 Ospedale San Camillo - Trento		MODELLO
CODICE	MOAS_627	VALUTAZIONE PAZIENTE SOTTOPOSTO AD ENDOSCOPIA DIGESTIVA
REVISIONE	1	
DATA	25/01/2017	
PAGINA	1 di 1	

DATI ANAGRAFICI:

COGNOME: _____ NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ DATA ESAME: _____

DATI ANAMNESTICI:

- ❖ ESAME DA EFFETTUARE: EGDS COLONSCOPIA
- ❖ MOBILITA' : BUONA SCARSA NESSUNA
- ❖ STATO D'ANSIA: ELEVATO SCARSO ASSENTE
- ❖ PROTESI DENTARIA: SI NO
- ❖ OCCHIALI: SI NO

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE :

- ❖ SEDAZIONE: _____
- ❖ SATURAZIONE OSSIGENO: INIZIO _____ FINE _____
- ❖ F.C. INIZIO _____ FINE _____
- ❖ P.A. INIZIO _____ FINE _____

RISVEGLIO E DIMISSIONE:

- ❖ ORA INIZIO ESAME _____ SCORE _____
- ❖ ORA FINE ESAME _____ SCORE _____

NOTE: _____

Firma _____