

SAATEKIRI SEEDETRAKTI ENDOSKOOPILISELE UURINGULE

PATSIENT

Eesnimi: _____

Perekonnanimi: _____

Isikukood/sünniaeg: _____

Vanus: _____

Sugu: M N

Uuring: gastroskoopia koloskoopia rektoskoopia sigmoidoskoopia

PROBLEEM: _____

SUUNAJA

Arst: _____

Arsti kood: _____

Telefon: _____

Osakond/asutus: _____

DIAGNOOS: _____ Vajadusel biopsia

Riskifaktorid: hüübimishäired NSAID-ravi

hüübimist mõjutavad ravimid: _____

Endoskoopiline anamnees: _____

Eelnevad operatsioonid seedetraktil: _____

Muu oluline kliiniline teave: _____

Kuupäev _____ Arsti allkiri: _____