



TESSERA MEDICA IDENTIFICATIVA

Paziente sottoposto a Sleeve Gastrectomy
(per ridurre l'obesità)

Nominativo paziente: _____

Data di Nascita _____ **Gruppo Sanguigno** _____

In caso di emergenza contattare:

Chirurgo Bariatrico: _____ Tel: _____

Ospedale: _____ Tel: _____

Familiari: _____ Tel: _____

Condizioni di salute: _____

Allergie: _____

Medicinali assunti/dosaggi: _____

*Particolare attenzione nelle gastroscopie esplorative.

*Eventuale terapia con antinfiammatori solo previa somministrazione di protettori gastrici.

