



TESSERA MEDICA IDENTIFICATIVA

Paziente sottoposto a resezione gastrica
con ricostruzione sec Billroth 2
(Bypass Gastrico per 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: _____

