



## TESSERA MEDICA IDENTIFICATIVA

Paziente sottoposto a  
Gastroplastica Verticale sec.Mason  
(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.

