



TESSERA MEDICA IDENTIFICATIVA

Paziente sottoposto a
Gastroplastica Verticale sec. McLean
(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: _____

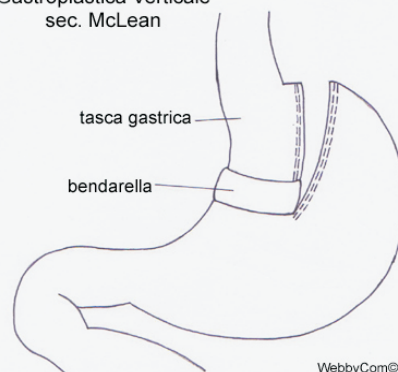
Allergie: _____

Medicinali assunti/dosaggi: _____

*Particolare attenzione nelle
gastroscopie esplorative.

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

Gastroplastica Verticale
sec. McLean



WebbyCom©