

## COMUNICAZIONI PER MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Data ...../...../..... Al medico curante dr .....

Paziente sig./ra .....

Tipo di intervento ..... Data prevista intervento ...../...../.....

CHIRURGO .....

Per una appropriata valutazione anestesiologicala si prega il gent. Collega di voler prescrivere i seguenti esami:

- .....
- .....
- .....

Motivazione clinica .....

### PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

sospende ..... giorni prima dell'intervento

i seguenti farmaci:



sostituendoli con:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### Note e comunicazioni

---



---



---

Firma del Paziente

Timbro e Firma del Medico

---

Eventuali comunicazioni dovranno essere inviate all'attenzione del dr .....  
alla seguente mail: [interventi.fratesole@korian.it](mailto:interventi.fratesole@korian.it)