

**PETICION DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
(Hospitales zona norte de Tenerife y  
Atención Especializada)**

**Fax de Cita Previa (HUC): 922 641 256**

**Fecha de solicitud:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**ETIQUETA DEL PACIENTE**

Fecha Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Teléfonos:

Particular: \_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_ años;

**Procedencia:** CAE: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

H.U.C. Hospitalización  Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Urgencias

H.U.C. Consulta Externa  Servicio: \_\_\_\_\_ Hosp. Psiquiatrico Febles Campos

Hosp. de la S. Trinidad  Hosp.. Ntra. Sra de los Dolores  Clínica Bellvue  Otro: \_\_\_\_\_

**Exploración Solicitada:**

**Gastroscopia:** ambulatoria (2123)  , ingresado (2106)  , preferente (disfagia reciente) o terapéutica (2124)

**Colonoscopia:** ambulatoria (2128)  , ingresado (2106)  , cribado ca. colon (2131)  , terapéutica (2132)

**Rectosigmoidoscopia** (2127)  ; **Videocápsula:** (2138) intestino delgado  , colon

**Gastrostomía Endoscópica Percutánea** (2118) (PEG)  o **recambio de sonda**  ; **D.E.S.** (2137)

**Ecoendoscopia:** (2121) alta  rectal  ; **Enteroscopia Doble Balón** (2134)  **CPRE** (2133)

**Colocación de prótesis:** (2136) esofágica  colónica  ; **Dilatación:** (2139) esofágica  , Colónica

**Otra:** \_\_\_\_\_

**Motivo de solicitud:** (marcar la casilla correspondiente)

Anemia ferropénica	<input type="checkbox"/>	Ictericia/Colestasis/Colangitis	<input type="checkbox"/>
Antec. Familiar de ca. colorrectal	<input type="checkbox"/>	Ligadura de varices esofágicas	<input type="checkbox"/>
Cambio del ritmo deposicional	<input type="checkbox"/>	Rectorragia	<input type="checkbox"/>
Cribado del cáncer colorrectal	<input type="checkbox"/>	Síndrome constitucional	<input type="checkbox"/>
Disfagia	<input type="checkbox"/>	Seguimiento de polipos o ca. colorrectal	<input type="checkbox"/>
Dolor epigástrico o dispepsia	<input type="checkbox"/>	Seguimiento de otra neoplasia	<input type="checkbox"/>
Hematemesis/Melenas	<input type="checkbox"/>	Otro (especificar):	<input type="checkbox"/>

Tiempo de evolución de los síntomas: días: \_\_\_\_\_, semanas: \_\_\_\_\_; meses: \_\_\_; años: \_\_\_\_\_

¿Recibe tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes?: no  si  Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Alergias conocidas a medicamentos?: no  si  Cuál?: \_\_\_\_\_

¿Es portador de prótesis cardiaca metálica?: no  si

Otros antecedentes de interés: \_\_\_\_\_

**Entrega de información de la prueba, preparación y consentimiento informado:**

**Médico solicitante: Dr/Dra:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_