

**PETICION DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
para ATENCION PRIMARIA**

Fax de Cita Previa (H.U.C.): 922 641 256

Fecha de solicitud: ___ / ___ / ___

ETIQUETA DEL PACIENTE

Fecha Nacimiento: ___ / ___ / ___

Teléfonos:

Particular: _____

Móvil: _____

Nombre y Apellidos: _____ Edad: ___ años

Procedencia:

Centro de Salud: _____ Tel: _____ Fax: _____

Exploración Solicitada:

Gastroscofia diagnóstica : (2123) Gastroscofia preferente (si disfagia reciente) (2124)

Colonoscopia diagnóstica: (2128) Colonoscopia de cribado del ca. colorrectal (2131)

Rectosigmoidoscopia diagnóstica (si rectorragia distal en pacientes <50 años) (2127)

Motivo de la solicitud: (marcar la casilla correspondiente)

Anemia ferropénica	<input type="checkbox"/>	Rectorragia	<input type="checkbox"/>
Antec. familiar de ca. colorrectal	<input type="checkbox"/>	Síndrome constitucional	<input type="checkbox"/>
Cambio del ritmo deposicional	<input type="checkbox"/>	Seguimiento de polipos o Ca. colorrectal	<input type="checkbox"/>
Cribado del cáncer colorrectal	<input type="checkbox"/>	Seguimiento de otra neoplasia	<input type="checkbox"/>
Disfagia	<input type="checkbox"/>	Otro (especificar): _____	
Dispepsia	<input type="checkbox"/>	_____	
Dolor en epigastrio	<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:** _____