

## CENTRO PER LE MALATTIE ENDOCRINE E METABOLICHE

### Modulo di prenotazione visita ambulatoriale urgente

[diabete@policlinicogemelli.it](mailto:diabete@policlinicogemelli.it); [colesterolo@policlinicogemelli.it](mailto:colesterolo@policlinicogemelli.it); [cmem@policlinicogemelli.it](mailto:cmem@policlinicogemelli.it)

NOME		COGNOME	
Luogo di nascita		Data di nascita	
Codice fiscale		Codice sanitario Policlinico Gemelli (se disponibile)	
Residente a	Via e n. civico	CAP	
Telefono	Cellulare	Email	
Medico richiedente l'esame	Cellulare	Email	

Per valutare l'indicazione d'urgenza della visita, si prega di compilare in stampatello, possibilmente con il Medico Curante, il presente modulo che, compilato in tutte le sue parti, pena l'annullamento della richiesta, dovrà essere inviato via fax al num. 06 9480 3782- o via mail all'indirizzo [endocrinologia@policlinicogemelli.it](mailto:endocrinologia@policlinicogemelli.it); [diabete@policlinicogemelli.it](mailto:diabete@policlinicogemelli.it)

Patologia di base

#### QUESITO CLINICO

- Diabete scompensato
- Diabete neodiagnosticato
- Tumore - cancro della tiroide
- Ipertiroidismo grave neodiagnosticato
- Ipotiroidismo grave neodiagnosticato

NOTE:

Data

Firma del Medico Curante