


Azienda Provinciale *per i Servizi Sanitari*
 Provincia Autonoma di Trento

U.O. Multizonale di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Direttore Prof. Armando Gabbrielli

L.go Medaglie d'Oro - Trento

tel. 0461 903954 - fax 0461 903446

e-mail: gastrosch@apss.tn.it

Indirizzo per la spedizione del referto

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Peso _____ **Altezza** _____

Telefono _____

Alimentazione del giorno prima:

Colazione	
Pranzo	
Spuntino	
Cena	
Bevande assunte durante la giornata	

Digiuno dalle ore.....

Data dell' esame **Ora inizio esame**..... **Ora fine esame**.....

Nome del collutorio utilizzato:.....

RIPORTARE SE PRESENTE SINTOMATOLOGIA (nausea, vomito, gonfiore, cefalea, diarrea, crampi addominali) DOPO L'ASSUNZIONE DEL LATTOSIO.....

Data elaborazione del test (A CARICO DELL'OPERATORE SANITARIO).....



OHSAS 18001:2007

