**Modulo di richiesta consulenza**

**Ambulatorio S.M.A.R.T.**

*Dati anagrafici utente*

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome e nome: |  |
| Data di nascita: |       | Luogo di Nascita: |       |
| Residente in via: |       | Città:  |       |
| n° tel cellulare: |  | CODICE FISCALE: |       |

*Dati clinici utente*

|  |  |
| --- | --- |
| Motivo dell’invio:  |       |
| Quesito diagnostico: |       |
| Ter. farmacologica attuale: | *[ ]* Terapia in atto e dosaggio >>[ ]  Nessuna terapia in atto. |       |

*Dati servizio inviante*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OOPP di riferimento: |  | Telefono: |  |
| Servizio inviante: |       | Email:  |       |
| Diagnosi di ingresso: |       |
| *Eventuali note aggiuntive* |       |

Modulo compilato in data

Il modulo compilato deve essere **accompagnato da relazioni esaustiva**

sull’utente ed inviato a:

ambulatorio.smart@asst-fbf-sacco.it

Timbro e firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_