**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](mailto:ambulatorio.smart@asst-fbf-sacco.it)

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