

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO

PACIENTE (espacio etiqueta)				FACULTATIVO	
apellidos, nombre				apellidos, nombre	
fecha nacimiento	NUHSA	servicio		CNP	
centro	planta	habitación	cama	consulta	

SOLICITUD DE EXPLORACIÓN DE APARATO DIGESTIVO

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fármacos antiagregantes / anticoagulantes ☐ No ☐ Sí Especificar _____

Fecha suspensión / cambio a heparina _____ (endoscopia, ecoendoscopia y biopsia hepática)

ENDOSCOPIA

- ☐ Endoscopia alta
- ☐ Colonoscopia
- ☐ Rectosigmoidoscopia
- ☐ C.P.R.E.
- ☐ Videocápsula endoscópica

ECOGRAFÍA

- ☐ Ecoendoscopia
- ☐ Ecografía endorrectal
- ☐ Fibroscán
- ☐ Biopsia hepática

EXPL. FUNCIONAL

- ☐ Manometría esofágica
- ☐ PH-metría esofágica
- ☐ Manometría anorrectal

Sólo U.G.C. Aparato Digestivo

- ☐ Ecografía digestiva
- ☐ Ecografía doppler

Técnica especial: _____

Córdoba, a ____ de _____ de 2.0 ____ Firmado _____