**Modulo di annuncio paziente Long-Covid 19**

Ambulatorio LONG COVID

Tel.: +41 (0)91 786 86 86

long-covid@clinica-hildebrand.ch

**Medico richiedente**

Nome e cognome: Contatto:

**Paziente**

Nome e cognome: Data di nascita:

**Diagnosi**

**Domande inerenti Covid**

Covid positivo il

Ospedalizzato no ☐ sì ☐

Visto in PS no ☐ sì☐

Profilassi antitrombotica no ☐ sì ☐

Laboratorio no ☐ sì ☐ allegare

ECG no ☐ sì ☐ allegare

Spirometria no ☐ sì ☐ allegare

Valutazione specialisti Dr./Dr.ssa allegare

Vaccinazione ☐ no/sì ☐ 1° dose 2° dose

Problematica principale/sintomi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro/richiesta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terapia medicamentosa in corso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: Firma del medico: