

SERVIZIO DI REUMATOLOGIA
AMBULATORIO: REUMATOLOGIA DOTT. SORBARA STEFANIA TREBISACCE

Direttore Dr.

Tel:

Cognome e Nome: **ACCREDITAMENTO PAZIENTE**

Data di Nascita: **01/11/1963**

Codice Fiscale: **CCRPNT63S01G317A**

Id paziente: **76000056979858**

Indirizzo: **VIALE ROMA 1 - 87100 COSENZA (CS)**

Data esame: **12/12/2023**

Referto

Diagnosi

Confermata diagnosi iniziale

Allergie

<item ID="REF_NOTA1"> Nota 1 </item>
<item ID="REF_AGENT">Agent </item>
<item ID="REF_TXT_OBS"> Osservazione </item>
<item ID="REF_REAZ"> Reazione </item>
<item ID="REF_TXT_CRIT"> Criteri </item>
<item ID="REF_STATO"> Stato </item>
<item ID="REF_COMMENTI"> Commenti </item>

Prestazioni

test da sforzo - cicloergometro

Procedure

misurazione della pressione arteriosa ogni due minuti durante l'esecuzione

Accertamenti e controlli consigliati

Eeguire esami del sangue

Confronto esami precedenti

In miglioramento

Referto

Svolgimento dell'esame regolare e esito positivo

Conclusioni

Paziente adatto alla mansione

Anamnesi

Madre deceduta da COLESTEROSI DELLA COLECISTI

Medico Refertante

Amministratore Utente