

INFORMAZIONI UTILI

COME CONTATTARCI:

Il Servizio Check Up è attivo da lunedì a sabato.

La prenotazione del Check Up può essere effettuata telefonando ai numeri:

02.5818.7472 - 02.5818.7492 (attivi dalle ore 9.00 alle ore 17.00 dal lunedì al venerdì).

Oppure inviando una E-mail a: checkup.raf@hsr.it.

INFORMAZIONI SANITARIE:

La preghiamo di presentarsi a DIGIUNO dalla mezzanotte e di attenersi alle seguenti indicazioni:

- Per potersi sottoporre all'esame ecografico è necessario essere a digiuno da cibi ed essere a vescica piena. Pertanto la invitiamo a bere comunque al massimo due bicchieri d'acqua per essere nelle condizioni ottimali per sottoporsi all'esame.
- Non usare le lenti a contatto nelle 24 ore precedenti al suo Check Up.
- Portare gli occhiali.
- Non sospendere eventuali terapie in corso e portare l'elenco dei farmaci utilizzati.
- Portare i referti precedenti riguardanti ecografie, visite, esami specialistici e radiologici.
- Non fumare, almeno nelle ore precedenti il Check Up.
- Nel caso Lei eseguisse un Check Up personalizzato, Le precisiamo che gli eventuali accertamenti sanitari che il Suo Medico curante Le avesse richiesto, dovranno essere autorizzati dal Medico Internista, che in qualità di coordinatore, ha la responsabilità della congruità degli accertamenti più idonei alla definizione della diagnosi. Inoltre gli eventuali approfondimenti richiesti dal Medico Internista potrebbero essere pianificati in giornate e in sedi diverse da quella di esecuzione del Check Up.
- Alle signore ricordiamo che il periodo ideale per l'esame mammografico va dal 1° al 14° giorno dall'inizio del ciclo mestruale.
- Se previsto dal Suo Check Up, utilizzare i contenitori per provvedere alla raccolta delle feci per la ricerca del sangue occulto e/o delle urine (per le urine si richiede la raccolta del mattino del Check Up).

INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE:

- Portare il Codice Fiscale.
- Il giorno di esecuzione del Check Up sarà indispensabile presentarsi muniti di lettera di impegno al pagamento del Check Up da parte dell'azienda/ente di appartenenza, nel caso in cui il costo del Check Up verrà sostenuto dalla stessa.
- Le rammentiamo che la durata del nostro Check Up varia in funzione della tipologia prescelta (dalle 3 alle 6 ore).

ABBIAMO PENSATO AL SUO COMFORT:

Avrà a disposizione riviste e quotidiani di Suo gradimento, Le forniremo un abbigliamento confortevole e la prima colazione.



H SAN RAFFAELE RESNATI S.r.l.
DIREZIONE OPERATIVA
Alberto Galliani

Alberto Galliani

SISTEMA CERTIFICATO ISO 9001 - ISO 14001 - OHSAS 18001

H SAN RAFFAELE RESNATI S.r.l.

Sede Legale: Via S. Croce, 10/a - 20122 Milano - Socio Unico - Cap. Soc. € 400.000 i.v. - Cod. Fisc., P. Iva e Reg. Impr. di Milano n. 02980270157 - R.E.A. Milano n. 942151
I Puntì Raf: Via S. Croce, 10/a - 20122 Milano • Via Respighi, 2 - 20122 Milano • Viale De Gasperi, 5/a - 20097 S. Donato Milanese
Tel. 02.5818.7818 - Fax 02.8321.645 - www.puntiraf.it

COME RAGGIUNGERCI:

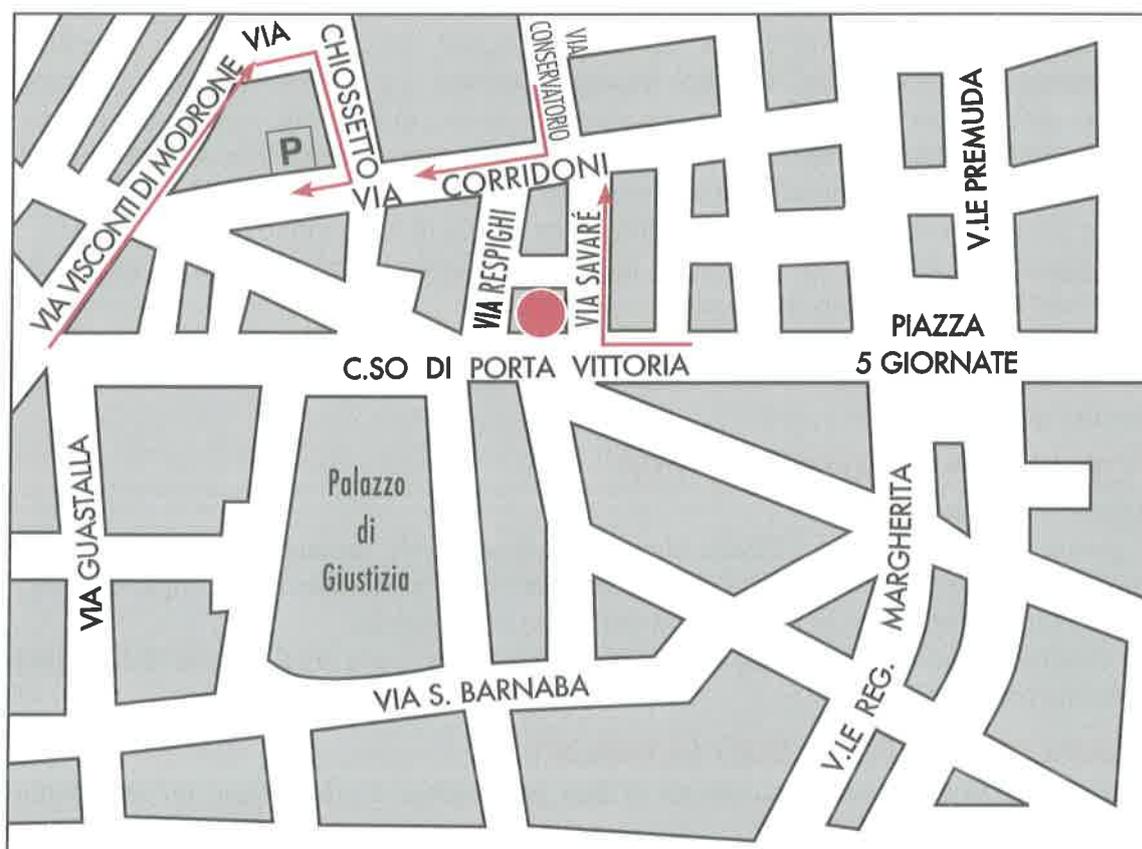
○ Con l'auto:

Da piazza 5 Giornate zona area "C" si imbecca corso di Porta Vittoria, la quarta traversa a destra è via Respighi. L'auto potrà essere parcheggiata presso il Garage di via Corridoni 5 (vedi piantina), con accesso privilegiato per i Clienti del Servizio Check Up ai quali verrà consegnato, esclusivamente il giorno di esecuzione del Check Up, un ticket per il ritiro dell'auto.

○ Con i mezzi pubblici:

Le linee pubbliche in transito, con fermata in corso di Porta Vittoria - Palazzo di Giustizia, sono:

- autobus 60, 73, 77, 84;
- tram 12, 23, 27.



Gentile Cliente,

Le chiediamo di compilare questa scheda con tutti i dati richiesti per permetterci di mantenere aggiornati i nostri archivi anagrafici.

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ IL / / _____

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE IN _____

(via - piazza - viale)

CITTÀ _____ cap. _____ prov. _____

RECAPITO TELEFONICO: UFFICIO _____

ABITAZIONE _____

CELLULARE _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

AZIENDA DI APPARTENENZA _____

DOCUMENTO DI IDENTITÀ _____ n° _____

(Il documento dovrà essere presentato al momento dell'accettazione)

Ha raccolto i campioni richiesti?

Urine SI NO

Feci SI NO

Data _____ Firma _____



SCHEDA ANAMNESTICA

COGNOME: _____ NOME: _____

Gentile Signora, Egregio Signore,

il questionario che Le sottoponiamo, ha lo scopo di integrare il colloquio con il Medico internista per consentire una più approfondita valutazione di eventuali problematiche sanitarie esistenti o pregresse; La preghiamo quindi di compilarlo dettagliatamente in ogni sua parte e cogliamo l'occasione per ricordarLe di portare con se eventuali precedenti accertamenti.

ANAMNESI FAMILIARE

Tra i Suoi familiari (di 1° e 2° grado), qualcuno è, oppure è stato, affetto da una delle seguenti malattie?

	Padre	Madre	Fratelli Sorelle	Nonni paterni	Nonni materni
- pressione arteriosa elevata	<input type="checkbox"/>				
- infarto o ischemia cardiaca	<input type="checkbox"/>				
- emorragia cerebrale/ischemia/ictus	<input type="checkbox"/>				
- colesterolo e/o trigliceridi elevati	<input type="checkbox"/>				
- diabete mellito	<input type="checkbox"/>				
- tumore (se SI, quale _____)	<input type="checkbox"/>				
- malattie della tiroide	<input type="checkbox"/>				
- glaucoma	<input type="checkbox"/>				

ANAMNESI FISILOGICA

Pratica dello sport? SI NO Se SI con che frequenza? _____

Segue qualche dieta? SI NO

Beve alcolici? (vino/superalcolici) SI NO Se SI in che quantità? _____

Fuma? SI NO Se SI in che quantità? _____

Se HA SMESSO: da quanto tempo? _____

Attualmente sta assumendo dei farmaci? SI NO

Se SI specificare il tipo, la dose, per quale malattia e da quanto tempo:

MALATTIE PRECEDENTI

È stato sottoposto ad interventi chirurgici? SI NO

Se SI, quali _____

È affetto da allergie? SI NO

DISTURBI E/O CONTROLLI NELL'ULTIMO ANNO

E' stato sottoposto a controlli clinici negli ultimi due anni? SI NO

Se SI per quale motivo, quali controlli e con quali risultati? _____

Negli ultimi dodici mesi, ha osservato variazioni di peso corporeo, alterazioni del sonno, stanchezza, comparsa di sintomi o manifestazioni riferibili a malattia? SI NO

Se SI, ha effettuato accertamenti in merito? SI NO

Se SI quali accertamenti e con quali risultati? _____

ANAMNESI PER LE DONNE

A che età ha avuto le prime mestruazioni? _____

Il ciclo è, oppure è stato regolare? SI NO

Data dell'ultima mestruazione _____

Data eventuale menopausa (se in menopausa, indicare se menopausa spontanea o chirurgica) _____

Assume terapia estroprogestinica (pillola anticoncezionale)? SI NO

Se SI indicare quale: _____ Ha avuto figli? SI NO

Se SI quanti? _____

Grazie per la Sua gentile collaborazione
Il Medico Internista

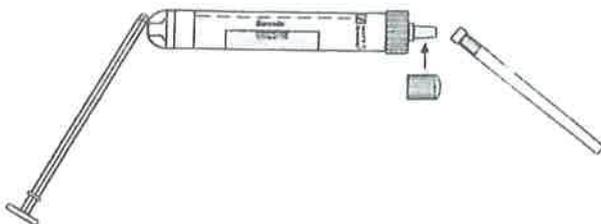
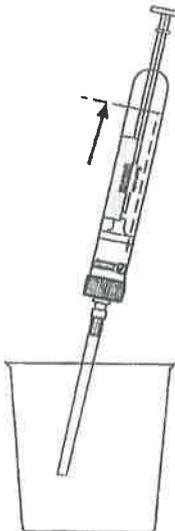
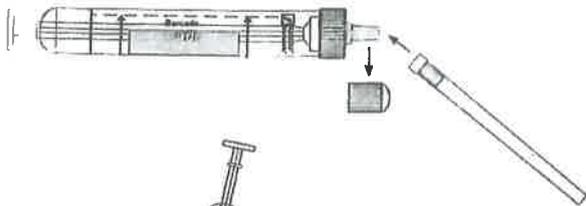
Gentile Signora/e

La informiamo che per eseguire l'esame è importante attenersi alle istruzioni di seguito riportate.

PREPARAZIONE ALLA RACCOLTA DEL CAMPIONE DI URINE

- Utilizzare l'apposito contenitore e la Monovette "gialla" reperibili presso il Punto Prelievi.
- Devono essere raccolte le prime urine del mattino, emesse dopo il riposo notturno.
- Il campione deve essere consegnato nella stessa giornata della raccolta.

RACCOLTA CAMPIONE



1. urinare raccogliendo le urine direttamente nel contenitore
2. inserire la cannula nel contenitore ed aspirare con il pistone della Monovette fino a completo riempimento
3. staccare la cannula, spezzare il pistone e chiudere con l'apposito tappo la Monovette
4. eliminare il contenitore con l'eventuale campione in eccesso e consegnare la Monovette presso il Punto Prelievi

RACCOLTA DEL CAMPIONE DI FECI

I flaconcini possono essere conservati a temperatura ambiente.

- Predisporre un contenitore pulito in cui raccogliere le feci per poter effettuare il campionamento.
- Qualora sia richiesto l'esame su 3 campioni è necessario raccogliere ciascun campione su tre diverse emissioni di feci.

AVVERTENZE

Il conservante contiene Sodio Azide.

- Non lasciare il contenitore alla portata dei bambini.
- In caso di contatto con la pelle lavare abbondantemente con acqua.
- In caso di contatto con gli occhi lavare abbondantemente con acqua e rivolgersi al più vicino Pronto Soccorso.
- Non ingerire. In caso di ingestione accidentale rivolgersi al più vicino Pronto Soccorso.

In caso di accesso in Pronto Soccorso portare con sé la presente preparazione ed esibirla al personale dell'assistenza.

CAMPIONAMENTO DELLE FECI

- Raccogliere le feci in un contenitore pulito. Non contaminare con urine o sangue mestruale.

Attenzione: non rovesciare il liquido del flaconcino.

1

Svitare ed estrarre il tappo VERDE dal tubo
Unscrew and take out GREEN cap

Scrivere sull'etichetta i dati richiesti
Fill in the label with requested information

N: Nome/Name **A**: Et /Age
S: Sesso/Sex **D**: Data/Date

2

Strisciare l'asticella sopra le feci pi  volte in orizzontale e verticale
Drag the stick on the stool several times, horizontally and vertically

3

Inserire l'asticella nel tubo, riavvitare ed agitare
Tighten cap closely and shake vigorously

Riconsegnare il prelievo in laboratorio il pi  rapidamente possibile. Nel caso in cui venga riconsegnato entro qualche giorno, conservare il flacone in frigorifero (2-10 C).
Carry sample to laboratory as soon as possible. In case it will be carried to laboratory in few days store it in refrigerator (2-10 C).

Compilazione	Verifica	Approvazione
Direzione di Laboratorio analisi Laura Soldini	Assicurazione Qualit� Marinella Ghezzi	Direzione Sanitaria Gabriele Pellicciotta