

## 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](mailto: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



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](http://www.puntiraf.it)

## COME RAGGIUNGERCI:

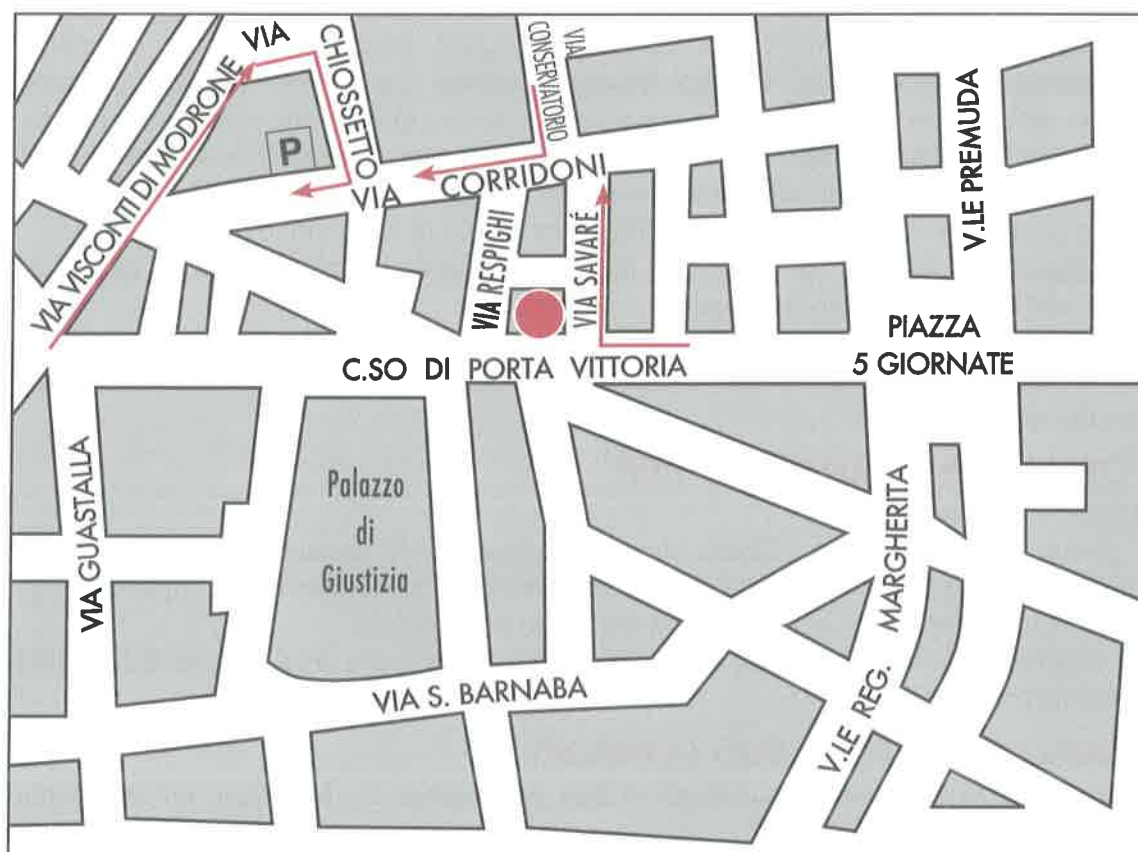
### ○ Con l'auto:

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?

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

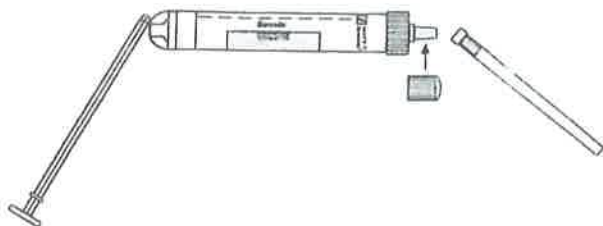
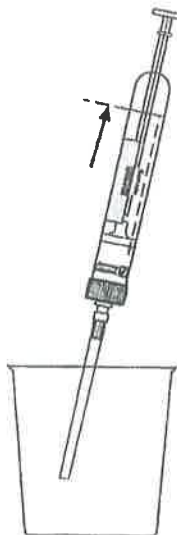
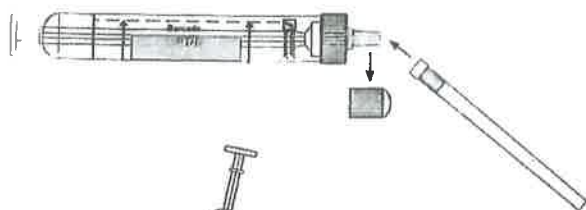
Gentile Signora/e

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**: Età/Age  
**S**: Sesso/Sex    **D**: Data/Date

**2**

Strisciare l'asticella sopra le feci più 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 più 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 Qualità Marinella Ghezzi	Direzione Sanitaria Gabriele Pellicciotta