

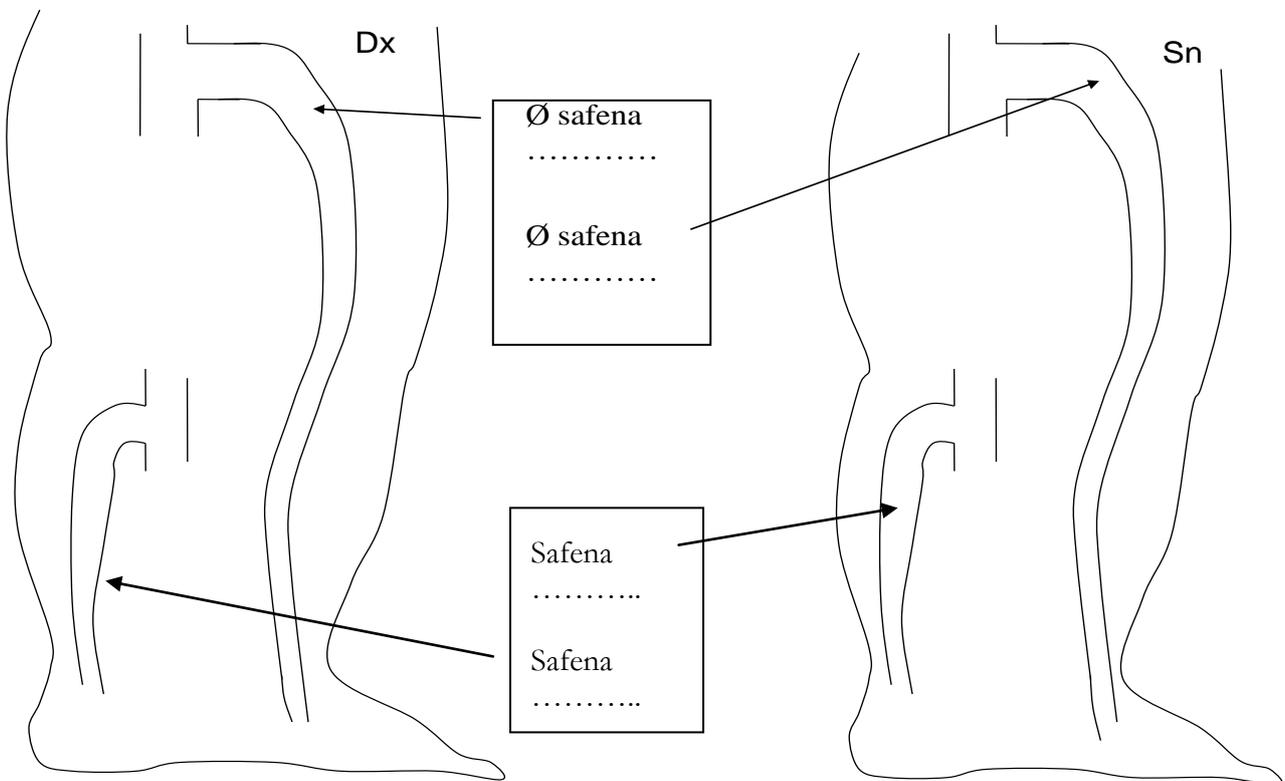
Az. Osp. – Univ. Pisana	<b>SCHEMA VARICI DA TRATTARE</b>	T01/PDTAA26  Rev.00 del 20/05/2022
----------------------------	----------------------------------	---

**COGNOME E NOME** ..... **DATA DI NASCITA** ...../...../.....  
**TELEFONO** .....

Varici primitive Si  No

Varici ricidive  
post stripping  post scleroterapia  post tecniche termo ablative  post CHIVA

1. Indicare i diametri degli assi safenici
2. Disegnare il territorio in cui si sviluppano le varici



Se l'anamnesi è positiva per pregressi eventi flebitici o trombotici indirizzare il paziente ad una valutazione specialistica (“visita coagulopatie”).

**COGNOME E NOME MEDICO** ..... **FIRMA MEDICO** .....

**PISA,** ...../...../.....

Il presente modulo deve essere compilato in occasione della prima valutazione e consegnato al personale infermieristico dell'ambulatorio flebologico che provvede al suo archivio nell'apposito registro cartaceo ed elettronico in base alla data della 1° visita.