

## Richiesta di consultazione

Cognome:

Nome:

Data di nascita

Telefono:

da convocare

prenderà appuntamento

### Esami

### Terapia asma/BPCO

### Tabaccologia

Spirometria

Tecnica d'inalazione

Colloquio informativo fumo

Mantoux

Diario dell'asma e piano d'azione

Disassuefazione al tabacco

Altro:

Co espirato

**Diagnosi / FRCV**

**Terapia attuale:**

**Firma / timbro**

**data:**