

DATA...../...../.....

COGNOME..... NOME..... SESSO M F

DATA DI NASCITA...../...../..... COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO).....

CODICE FISCALE.....

RESIDENZA..... AUSL.....

VIA.....N. ... CELLULARE.....

TELEFONO.....

DIAGNOSI ACCETTAZIONE (PER ESTESO E CODICE).....

INTERVENTO PRINCIPALE (PER ESTESO E CODICE)
TEMPO OPERATORIO

PRIORITÀ	TIPOLOGIA RICOVERO	REGIME
A) entro 30 GG	☐ CHIRURGICO	☐ SSN
B) entro 60 GG	☐ DAY HOSPITAL	☐ PAGANTE
C) entro 180 GG	☐ ONE DAY SURGERY	☐ STANZA AD USO SINGOLO
D) entro 365 GG	☐ AMBULATORIALE	

TIPOLOGIA PRE RICOVERO

☐ ORDINARIO ☐ IN RICOVERO (**PREVIA AUTORIZZAZIONE DEL DIR. SANITARIO**)

ALTRE PATOLOGIE E TERAPIE IN CORSO:

.....
.....

ALLERGIE METALLI: ☐ SI ☐ NO

se si quali:
certificato medico del.....

ALTRE ALLERGIE:.....
certificato medico del.....

DOCUMENTAZIONE CONSEGNATA: ☐ MODULO INFORMATIVO PER PATOLOGIA
☐ CONSENSO INFORMATO

STRUMENTARIO NECESSARIO

☐ **MATERIALE ANALLERGICO SOLO SE PRESENTE CERTIFICAZIONE**

☐ **STRUMENTARIO AZIENDALE:**

☐ **STRUMENTARIO SPECIALE (DA ORDINARE):**

Timbro e firma medico

.....