

//

DA COMPILARE DA PARTE DEL CHIRURGO

DATA visita/...../.....

COGNOME.....	NOME.....	SESSO	M	F
DATA DI NASCITA...../...../.....		COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO).....		
CELLULARE.....		TELEFONO.....		

DIAGNOSI ACCETTAZIONE (CODICE)	
INTERVENTO PRINCIPALE (CODICE)	
TIPO INTERVENTO	☐ OSSEO ☐ TESSUTI MOLLI ☐ arto inferiore ☐ dx ☐ sn ☐ arto superiore ☐ dx ☐ sn
STRUMENTARIO	

PRIORITÀ	TIPOLOGIA PRE RICOVERO	TEMPO OPERATORIO
A) entro 30 GG B) entro 60 GG C) entro 180 GG D) entro 365 GG	☐ ORDINARIO ☐ CON SOGGIORNO COMPLEMENTARE (PREVIA AUTORIZZAZIONE DEL DIR. SANITARIO)	☐

IL PAZIENTE È IN GRADO DI ESPRIMERE UN CONSENSO INFORMATO? SI ☐ NO ☐

FORNITE INFORMAZIONI SU INTERVENTO E CONSEGNATO CONSENSO INFORMATO?

SI ☐ NO ☐

AMMINISTRATORE O TUTORE LEGALE?

SI ☐ NO ☐

FARMACI.....

ALLERGIE.....

.....

.....

PESO.....

Firma del medico

.....

Livello di complessità

☐ A

☐ B

☐ C

Riabilitazione

☐ SI

☐ SI dopo gg.....

☐ NO

Se si **per** gg.....

Tutore

☐ SI

☐ NO

A: intervento di bassa complessità di durata inferiore ad 1 ora

B: intervento di media complessità (parti molli + scheletro) od intervento di bassa complessità con durata maggiore di 1 ora

C: intervento di alta complessità, su componenti scheletriche e spesso con durata superiore alle 2 ore