

Casa di Cura "S. Maria Maddalena" – Accreditata con il S.S.N.

RICHIESTA DI PRESTAZIONE CHIRURGICA

RICOVERO ORDINARIO / RICOVERO DAY SURGERY / AMBULATORIALE

Il presente modulo dovrà sempre essere accompagnato dal modulo di consenso firmato da Medico e Paziente nella sezione informativa e fatto pervenire almeno 10 giorni prima la data presunta dell'intervento per le prestazioni programmate, nel più breve tempo possibile per quelle urgenti. Il non rispetto dei tempi e/o le richieste incomplete saranno rifiutate.

CHIRURGO		DATA RICHIESTA	
DATA VISITA			
PAZIENTE			
COGNOME		SESSO	
NOME		DATA NASCITA	
CODICE FISCALE		COMUNE DI NASCITA	
INDIRIZZO		RECAPITI TELEFONICI	
CAP - COMUNE - PROV.		E-MAIL	
DIAGNOSI E LATERALITA':			
INTERVENTO PROPOSTO			
CODICE ICD9		DESCRIZIONE	
ANNOTAZIONI SULL'INTERVENTO:			
EMODISPONIBILITA' FLACONI GLOBULI ROSSI	N°	EMODISPONIBILITA' FLACONI PLASMA	N°
IL PAZIENTE ASSUME ANTICOAGULANTI O ANTIAGGREGANTI?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SE SI SOSPENDERLI DAL	
RICOVERO	<input type="checkbox"/> PROGRAMMATO <input type="checkbox"/> URGENTE	SE URGENTE MOTIVARE	
TIPO DI RICOVERO	<input type="checkbox"/> ORDINARIO <small>Prestazione non erogabile in regime di Day Surgery in quanto necessita di osservazione >24 ore</small>	<input type="checkbox"/> DAY SURGERY <small>Prestazione non erogabile in regime Ambulatoriale in quanto necessita di osservazione di almeno 3 ore</small>	<input type="checkbox"/> AMBULATORIALE <small>Prestazione che non necessita di osservazione post-intervento</small>
OSSERVAZIONE NOTTURNA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	OSSERVAZIONE POST-OPERATORIA	<input type="checkbox"/> NESSUNA <input type="checkbox"/> LETTO <input type="checkbox"/> POLTRONA
CLASSE DI PRIORITA'	<input type="checkbox"/> A – Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. <input type="checkbox"/> B – Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. <input type="checkbox"/> C – Ricovero entro 90 giorni per i casi clinici che presentano dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. <input type="checkbox"/> D – Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. <input type="checkbox"/> E – Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.		
CONVENZIONE S.S.N.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
STANZA RISERVATA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ESAMI PREOPERATORI	<input type="checkbox"/> IN CASA DI CURA <input type="checkbox"/> PERSONALI
ANNOTAZIONI:			

Il Paziente è stato informato che verrà inserito in lista operatoria rispettando i criteri di : a) scelta del chirurgo operatore, b) classe di priorità, c) ordine progressivo di prenotazione.

Firma del Paziente per presa visione _____

FIRMA DOTT./PROF. _____

Il presente modulo può essere inviato via fax al numero **0425.1880398** oppure spedito via e-mail all'indirizzo: **ricoveri@casadicura.it**