

PROPOSTA DI RICOVERO Unità Operativa di Cardiologia

ALLEGATO A
del Protocollo per l'organizzazione
dei ricoveri presso l'Unità
Operativa di Cardiologia

Trasmettere la scheda via fax al numero 0521-702069

Si richiede di allegare alla presente scheda il referto della visita/consulenza cardiologica
ed eventuali altri referti che possano essere di ausilio a determinare il livello di priorità

Cognome e Nome _____ Data di nascita ___/___/___

Indirizzo /reparto _____

Numeri di telefono/telefono di reparto _____

Diagnosi clinica _____

Sintomi _____

Patologie associate _____

Esami strumentali (specificare reperti patologici) _____

Terapia in atto DAPT TAO/NAO altro.....

Proposta di procedura da eseguire:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coronarografia | <input type="checkbox"/> Impianto di pace-maker/defibrillatore |
| <input type="checkbox"/> Angioplastica coronarica | <input type="checkbox"/> Studio elettrofisiologico |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo destro o sinistro | <input type="checkbox"/> Ablazione |
| <input type="checkbox"/> Pericardiocentesi | <input type="checkbox"/> Sostituzione pacemaker/defibrillatore |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | |

Regime di proposto: Prericovero UTIC Day-service Day-hospital
Provenienza: SSN Libera professione intramoenia Pagante in proprio
Classe di priorità proposta: A1 A B C1 C D

Data ___/___/___

Il Medico Cardiologo _____

Sezione da compilarsi da parte della commissione del prericovero

Classe di priorità:

- | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> A1 | | <input type="checkbox"/> C1 | |

Motivazione _____

Data ___/___/___

Il Cardiologo Convalidante _____