



Da inoltrare via e-mail:
gestione.lettiORBV@eoc.ch

Richiesta intervento/ricovero paziente chirurgico

Nome Cognome
Data di nascita
No. di telefono
No. di telefono
Indirizzo e-mail

DISCIPLINA

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CHIR | <input type="checkbox"/> CHIRPRE |
| <input type="checkbox"/> CHIR TOR | <input type="checkbox"/> GINE |
| <input type="checkbox"/> URO | <input type="checkbox"/> MAT |
| <input type="checkbox"/> ORTO | <input type="checkbox"/> CHIR PED |
| <input type="checkbox"/> CHIR MANO | <input type="checkbox"/> MED |
| <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> .PNEUMO |
| <input type="checkbox"/> OFTA | <input type="checkbox"/> UGEI |

AMMISSIONE

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Malattia | <input type="checkbox"/> Degente |
| <input type="checkbox"/> Infortunio | <input type="checkbox"/> Ambulante |

Classe assicurativa

- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Privata |
| <input type="checkbox"/> Semiprivata |
| <input type="checkbox"/> Comune |
| <input type="checkbox"/> |

PRE-AMMISSIONE SI NO

Consenso chirurgico SI NO
Recupero cartella ultimo ricovero SI NO

Consulto anes. senior

Motivo del ricovero

Intervento

Lateralità Destra Sinistra

1° operatore

2° operatore

Tempo operatorio in ore in minuti

Differibilità 30 giorni 90 giorni 365 giorni

Motivo della non differibilità.....

Ricovero data/periodo mattina pomeriggio

Intervento data

Degenza durata giorni

Destinazione alla dimissione

Domicilio

Riabilitazione

Continuazione cure

Altro.....

Data:

Medico richiedente:

Firma:

RICHIESTE PER SALA OPERATORIA


**Materiale/apparecchi/
brillanza**



Anestesia



Posizione paziente



ALTRE RICHIESTE



OSSERVAZIONI

Isolamento NO SI

Paziente anticoagulato NO SI Farmaco  Sospeso da 

Paziente antiaggregato NO SI Farmaco  Sospeso da 

Allergie



Altro



SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO GESTIONE LETTI

Reparto

Data ricovero

Orario

Convocato da

--	--	--	--