
Annuncio prestazione paziente pediatrico

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome

Sesso Data di nascita

Nr. telefono Nr. cellulare

Indirizzo NAP e Località

Necessita di un interprete Sì Quale lingua No

Medico curante/inviante

Medico di riferimento in OSG

Ambulante Degente Giorni di degenza previsti

Peso Altezza

Diagnosi

Intervento/esame Durata min.....

Tipo di anestesia

Grado di urgenza Entro 1 mese Entro 3 mesi Oltre

Necessita di isolamento Sì No

Prescrizione medicamento Sì Quale No

Allergie Sì A cosa No

Portatore di shunt VP? No Sì: modello pressione cmH₂O

Terapia abituale

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Consenso informato (**indispensabile** in caso di intervento chirurgico) Lettera di annuncio

Osservazioni (Labor, esami, rapporti, etc.)

Data: Timbro e firma medico

Annuncio da inoltrare via e-mail: ospedaledigiorno.pediatria@eoc.ch
Telefono segretariato: 091 811 82 09



AD USO INTERNO IPSI

SPAZIO RISERVATO AL MEDICO

Osservazioni:

.....

.....

.....

Data: Timbro e firma medico

SPAZIO RISERVATO AL SEGRETARIATO

PREASSESSMENT	ODG	REPARTO	Sigla
.....

- Classe Privata Semi privata Comune
- Infortunio Malattia Infermità congenita