
Pazienti da convocare in Ospedale di Giorno

O urgente (0-1 gg)

O semi-elettivo (1-2 gg)

O elettivo (3-7 gg)

Cognome e Nome:Data di nascita:

Indirizzo:

1°no. telefono: 2°no.telefono:.....

Medico inviante: Medico curante

Ric. precedente anno

Motivo dell'invio.

Diagnosi/problemi:

Terapie attuali:

Esami da prevedere O labor routine medicina O ECG O Rx torace

all'entrata:

Prescrizioni mediche:

Data	Ora	Medico (firma o sigla)	Prescrizioni	Posologia	Via di somm.	Inferm. (firma o sigla)

Data richiesta: Firma del medico: