



**Annuncio prestazione
paziente pediatrico**

Ambulante
 Degente Giorni di degenza previsti.....

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome
Sesso Data di nascita
Nr. telefono Nr. cellulare
Indirizzo NAP e Località
Indirizzo mail

Peso _____ Altezza _____ Necessità di isolamento NO SI

Necessità di un interprete Sì Quale lingua No

Medico curante/inviante
.....

Prestazione richiesta:
.....
.....

Diagnosi
.....

Allergie No Sì

Tipo di anestesia Generale
 Loco regionale
 Altro _____

Grado di urgenza Entro 1 mese Entro 3 mesi Oltre

Osservazioni
.....
.....

Data prevista dell'intervento Durata min. intervento.....

Portatore di shunt VP?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì: modello	
Impostazione :			



Prescrizione farmaco Sì No

Farmaco	(Nome, Dose, via di somministrazione)

Terapia abituale

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prescrizione laboratorio in Prescolab Sì specificare n° trattamento() No

Medico di riferimento in OSG

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Consenso informato (**Obbligatorio** in caso di intervento chirurgico e/o test genetici)

Lettera di annuncio Altri documenti (Labor, esami, rapporti, etc.)

.....

.....

.....

Informazioni degne di note come p.es paure, patrimonio venoso ecc)

.....

.....

Data: Timbro e firma medico

Annuncio da inoltrare via e-mail:
Telefono segretariato:

ospedaledigiorno.pediatria@eoc.ch
091 811 82 09

