

---

## 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: .....

### **PF ALLEGARE ESAMI DI PERTINENZA ALLA RICHIESTA**

Esami da prevedere all'entrata:  O labor routine medicina  O ECG  O Rx torace .....

Prescrizioni mediche:

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

Data richiesta: ..... Firma del medico: .....