

Richiesta di prestazione presso l'Ospedale di Giorno

Per appuntamenti Tel. 091 811 80 28 – ospedale.giornoOSG@eoc.ch

Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
N° Tel.

Intervento/Appuntamento previsto per il:

Necessita isolamento? NO SI
Allergie: NO SI
se si a cosa:

Motivo intervento

Diagnosi (attuale e ulteriori)

Intervento/esame previsto in
 Sala Op Sala Risveglio
 Endoscopia Radiologia
Altro

Terapia abituale

Tipo e durata intervento /prescrizione medicamento o trasfusione

Anestesia prevista AL ALR/AG PREMEDICAZIONE? Si No

Esami di laboratorio da eseguire in OdG

EAGLE SCORE (compilare tutti i campi)	SI	NO
Paziente ha angina pectoris allo sforzo o a riposo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente ha avuto un infarto miocardico negli ultimi 6 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente presenta attualmente una insufficienza cardiaca ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente è affetto da diabete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAPACITÀ FUNZIONALE (compilare tutti i campi)	SI	NO
Paziente riesce a mangiare e a vestirsi da solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente riesce a salire una rampa di scale o una piccola salita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente riesce a fare lavori pesanti (es: giardinaggio, alzare pesi):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paziente fa sport (nuoto, tennis, calcio,..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

Luogo e data:

Nome, cognome e
no. tel. Medico inviante:

Lasciare in bianco, da compilare dal Medico responsabile OdG

Eagle score per rischio operatorio:..... **METs**:..... Anamnesi:.....
- basso
- intermedio
- alto
Status:.....
Luogo e data..... Medico OdG: