

Richiesta di prestazione presso l'Ospedale di Giorno Pazienti pediatrici

Per appuntamenti: Tel 091 811 82 09 - ospedale.giornoOSG@eoc.ch

Cognome
Nome
Data di nascita
Indirizzo
N° Tel
Cellulare

Intervento / Appuntamento previsto per il:

Necessita isolamento? NO SI

Allergie: NO SI

se si a cosa:

Peso: Altezza:

Medico curante/inviante:

Tel.:

Pediatra di riferimento OSG:

Tel.:

Motivo intervento:

Diagnosi (attuale e ulteriore, allegare eventuali rapporti):

Portatore di shunt VP? No Si: modello pressione cmH₂O

Terapia abituale:

Tipo e durata intervento / prescrizione medicamento o trasfusione:

Anestesia prevista: AL ALR/AG PREMEDICAZIONE? Si No

Esami di laboratorio / test da eseguire in Odg:

Luogo e data:

Firma, cognome e
no. tel. Medico inviante:

(lasciare in bianco, da compilare dal Medico in OdG)

Osservazioni

.....

.....

Data Medico in OdG: