

Pazienti da convocare in Ospedale di Giorno

Inviare la richiesta per mail all'indirizzo: ospedaledigiorno.locarno@eoc.ch

Urgente (0-1 gg)

Semi-elettivo (1-2 gg)

Elettivo (3-7 gg)

Cognome e Nome: Data di nascita:

Indirizzo:

1° nr. telefono: 2°nr. telefono:

Medico inviante: Medico curante:

Ric. precedente anno:

Motivo dell'invio:

Diagnosi/problemi:

Allergie:

Isolamento: No Sì

Terapie attuali:

PF ALLEGARE ESAMI DI PERTINENZA ALLA RICHIESTA

Esami da prevedere all'entrata: Labor routine medicina ECG RX torace

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

Data richiesta: Firma del medico: