
Richiesta di permanenza in ospedale di giorno esclusi i pazienti elettivi per sala operatoria

Medico richiedente:..... **Medico curante:**.....

Dati paziente:

Cognome:..... Nome:.....

Data di nascita (giorno-mese-anno): Luogo di provenienza:
(domicilio, casa anziani, ...)

Indirizzo:.....

Telefono privato:..... Telefono lavoro:.....

Diagnosi/patologie note:

.....

Trattamento/esame previsto:.....

.....

.....

Data:..... **Orario di esecuzione trattamento/esame:**.....

Orario di arrivo in ODG:.....

Esami da fare in ODG:.....

.....

Controlli post trattamento/esame:

.....

Alimentazione:.....

.....

Mobilizzazione:.....

.....

Altro:

.....

Dimissione:.....

Lettera di presentazione del paziente allegata

Referti allegati

N.B.: In caso di procedure codificate segnalarlo nella richiesta.

Allegare 10 etichette con codice a barre e 5 etichette piccole

Data: Timbro e firma medico richiedente:

La richiesta è da trasmettere al Servizio ammissione e dimissione pazienti
ammissionedimissione.mendrisio@eoc.ch - fax 091 811 30 63 - posta interna casella n° 10