

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'
D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

VERBALE DI DIMISSIONE N. :		0101242023000052	Data/Ora accettazione:		14/02/2023 17:15
Cognome:	TEST	Nome:	CITTADINO	Sesso:	F
Nato il:	19/04/1924	a:	ROVATO	Prov.	BS
Residente a:	PROVAGLIO D'ISEO	Cap/Prov:	- BS	Indirizzo:	VIA RES
Domicilio:	PROVAGLIO D'ISEO	Prov:	BS	Indirizzo Domic..:	
C.F.:	TSTCTD24D59H598Z	Telefono:	123123		
Accomp.:		Grado:			

DATI ACCESSO

Inviato da:	Altro	Modalità arrivo:	MEZZO PRIVATO
Problema Principale:	DEA - Cefalea	Causale:	
Motivi dell'Accesso:		Area Comp:	SALA B

Anamnesi:

Esame Obiettivo:

Sintesi Clinica:

Decorso Clinico:

Terapia Som.:	Erogata	Terapia	Qta	Note	Responsabile
---------------	---------	---------	-----	------	--------------

Rilevazioni:	Data	Ora	Parametro	Unita Misura	Valore	Operatore
--------------	------	-----	-----------	--------------	--------	-----------

Prestazioni:

14/02/2023 17:15:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

ESITO

Diagnosi: PROVA DIAGNOSI

Esito: INVIATO A DOMICILIO

Data/Ora dimissione: 14/02/2023 17:15

Onere a carico di: SSN

Condizioni Cliniche alla dimissione:

Codice colore alla dimissione: 4 - URGENZA MINORE

CONSIGLI

Terapie e Provvedimenti:

Controlli:

Note:

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'
D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

VERBALE DI DIMISSIONE N. :		0101242023000052	Data/Ora accettazione:		14/02/2023 17:15
Cognome:	TEST	Nome:	CITTADINO	Sesso:	F
Nato il:	19/04/1924	a:	ROVATO	Prov.	BS
Residente a:	PROVAGLIO D'ISEO	Cap/Prov:	- BS	Indirizzo:	VIA RES
Domicilio:	PROVAGLIO D'ISEO	Prov:	BS	Indirizzo Domic..:	
C.F.:	TSTCTD24D59H598Z	Telefono:	123123		
Accomp.:		Grado:			

Alcuni farmaci prescritti potranno essere a totale carico del paziente

Se ha necessità delle immagini radiologiche può presentarsi con documento di identità e copia del referto presso l'ufficio della radiologia dalle 10 alle 15.30, o inviare un'altra persona con documento di identità, delega scritta, copia del referto e della carta di identità del paziente. Alternativamente può richiedere la spedizione a domicilio, con tariffe postali a suo carico, via fax al n° 0174/677179, indicando cognome, nome, data e luogo di nascita, esami di cui si richiedono le immagini, data di esecuzione, indirizzo di spedizione, allegando copia del proprio documento.

IL MEDICO DI TURNO **GENNARI STEFANO**

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'
D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

VERBALE DI DIMISSIONE N. :		0101242023000052	Data/Ora accettazione:		14/02/2023 17:15
Cognome:	TEST	Nome:	CITTADINO	Sesso:	F
Nato il:	19/04/1924	a:	ROVATO	Prov.	BS
Residente a:	PROVAGLIO D'ISEO	Cap/Prov:	- BS	Indirizzo:	VIA RES
Domicilio:	PROVAGLIO D'ISEO	Prov:	BS	Indirizzo Domic..:	
C.F.:	TSTCTD24D59H598Z	Telefono:	123123		
Accomp.:		Grado:			

DATI ACCESSO

Inviato da:	Altro	Modalità arrivo:	MEZZO PRIVATO
Problema Principale:	DEA - Cefalea	Causale:	
Motivi dell'Accesso:		Area Comp:	SALA B

Anamnesi:

Esame Obiettivo:

Sintesi Clinica:

Decorso Clinico:

Terapia Som.:	Erogata	Terapia	Qta	Note	Responsabile
---------------	---------	---------	-----	------	--------------

Rilevazioni:	Data	Ora	Parametro	Unita Misura	Valore	Operatore
--------------	------	-----	-----------	--------------	--------	-----------

Prestazioni:

14/02/2023 17:15:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

ESITO

Diagnosi: PROVA DIAGNOSI

Esito: INVIATO A DOMICILIO

Data/Ora dimissione: 14/02/2023 17:15

Onere a carico di: SSN

Condizioni Cliniche alla dimissione:

Codice colore alla dimissione: 4 - URGENZA MINORE

CONSIGLI

Terapie e Provvedimenti:

Controlli:

Note:

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'
D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

VERBALE DI DIMISSIONE N. :		0101242023000052	Data/Ora accettazione:		14/02/2023 17:15
Cognome:	TEST	Nome:	CITTADINO	Sesso:	F
Nato il:	19/04/1924	a:	ROVATO	Prov.	BS
Residente a:	PROVAGLIO D'ISEO	Cap/Prov:	- BS	Indirizzo:	VIA RES
Domicilio:	PROVAGLIO D'ISEO	Prov:	BS	Indirizzo Domic..:	
C.F.:	TSTCTD24D59H598Z	Telefono:	123123		
Accomp.:		Grado:			

Alcuni farmaci prescritti potranno essere a totale carico del paziente

Se ha necessità delle immagini radiologiche può presentarsi con documento di identità e copia del referto presso l'ufficio della radiologia dalle 10 alle 15.30, o inviare un'altra persona con documento di identità, delega scritta, copia del referto e della carta di identità del paziente. Alternativamente può richiedere la spedizione a domicilio, con tariffe postali a suo carico, via fax al n° 0174/677179, indicando cognome, nome, data e luogo di nascita, esami di cui si richiedono le immagini, data di esecuzione, indirizzo di spedizione, allegando copia del proprio documento.

IL MEDICO DI TURNO **GENNARI STEFANO**