



**ASL8 di Cagliari**  
**OSPEDALE SS. TRINITA**  
**CARDIOLOGIA U.T.I.C.**  
Via Is Mirrionis - 09100 - CAGLIARI (CA)  
Tel. 0706095946-6173  
Direttore: PAOLO PROVA

## **Lettera di Dimissione**

(da consegnare al medico curante)

Paziente	<b>PROVA DANIEL</b>	Cartella n.	<b>2023000163</b>
Data di Nascita	<b>15/07/1976</b>	Sesso	<b>M</b>
Luogo Nascita	<b>BIDONI'</b>	Codice Fiscale	<b>PRVDNL76L15A856O</b>
Data di Ricovero	<b>27/11/2023</b>	Data di Dimissione	<b>28/11/2023</b>

### **DIAGNOSI DI DIMISSIONE**

**INFARTO MIOCARDICO ACUTO**

### **MOTIVO DEL RICOVERO**

Il paziente viene ricoverato per: **INFARTO MIOCARDICO ACUTO**

#### **Anamnesi Familiare**

Anamnesi Familiare

#### **Fattori di Rischio**

Fattori di Rischio

#### **Anamnesi Patologica Remota**

Anamnesi Patologica Remota

#### **Anamnesi Patologica Prossima e Terapia Praticata a Domicilio**

Anamnesi Patologica Prossima e Terapia Praticata a Domicilio

### **DECORSO CLINICO**

DECORSO CLINICO

### **CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE**

CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE

### **TERAPIA FARMACOLOGICA ED ALTRI TRATTAMENTI ESEGUITI**

TERAPIA FARMACOLOGICA ED ALTRI TRATTAMENTI ESEGUITI

### **INTERVENTI E PROCEDURE ESEGUITI**

INTERVENTI E PROCEDURE ESEGUITI

### **TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE**

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

### **INDICAZIONI TERAPEUTICHE CONSIGLIATE**

INDICAZIONI TERAPEUTICHE CONSIGLIATE



**ASL8 di Cagliari**  
**OSPEDALE SS. TRINITA**  
**CARDIOLOGIA U.T.I.C.**  
Via Is Mirrionis - 09100 - CAGLIARI (CA)  
Tel. 0706095946-6173  
Direttore: PAOLO PROVA

## Lettera di Dimissione

(da consegnare al medico curante)

Paziente	<b>PROVA DANIEL</b>	Cartella n.	<b>2023000163</b>
Data di Nascita	<b>15/07/1976</b>	Sesso	<b>M</b>
Luogo Nascita	<b>BIDONI'</b>	Codice Fiscale	<b>PRVDNL76L15A856O</b>
Data di Ricovero	<b>27/11/2023</b>	Data di Dimissione	<b>28/11/2023</b>

### CONTROLLI PRENOTATI E/O CONSIGLIATI

CONTROLLI PRENOTATI E/O CONSIGLIATI

### NOTE

NOTE

### DIAGNOSI

CODICE	DESCRIZIONE
41012	INFARTO MIOCARDICO ACUTO DI ALTRA PARTE DELLA PARETE ANTERIORE,
41000	INFARTO MIOCARDICO ACUTO DELLA PARETE ANTEROLATERALE CON TRATTO ST

Referto firmato digitalmente da Dott./D.ssa FRANCESCO TOLU in data 28/11/2023 alle ore 12:05

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs n. 82 del 07/03/2005 e norme collegate, che sostituisce il referto cartaceo e la firma autografa

#### Questionario rilevazione livello di soddisfazione del paziente

E' possibile esprimere il livello di soddisfazione del servizio ricevuto accedendo all'indirizzo <https://gradimento.atssardegna.it> e utilizzando il codice **2eZhc9CA5YfE** o scansionando il QR-Code a lato.



Informazioni sul trattamento di dati personali ex art. 13 Regolamento UE 2016/679 - I suoi dati personali saranno trattati nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 - Regolamento generale sulla protezione dei dati personali e del Codice della Privacy (D.lgs 196/2003), per assolvere alle finalità di diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale (finalità di cura). Il titolare del trattamento è l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera che Le rilascia il presente certificato, referto o documento, e a cui può rivolgersi per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi degli artt. 15 e ss. del Regolamento. Per maggiori informazioni, e per i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei dati personali, può consultare l'informativa completa consegnatole, oppure consultarla sui siti delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere.