

REGIONE VENETO

U.L.S.S. 8 BERICA - OSPEDALE SAN BORTOLO

U.O. DI PRONTO SOCCORSO GENERALE

DIRETTORE: DR.SSA FOSCARINA DELLA ROCCA



## VERBALE DI PRONTO SOCCORSO N. 20240011010

Identificativo documento: **SIGVPS0120240011010**

Numero Verbale: **20240011010**

Cognome: **PROVA**

Nome: **DA ELIMINARE**

Sesso: **M**

Data di nascita: **12/04/1998**

Comune di nascita: **VICENZA**

Telefono: **3339999999**

Identificativo anagrafico: **P202304261146401**

Codice fiscale: **PRVDMN98D12L840L**

Indirizzo: **VIA ALCIDE DE GASPERI N° 37**

Comune: **TRENTO**

CAP: **38121**



P R V D M N 9 8 D 1 2 L 8 4 0 L

### Accettazione

Data e ora accettazione in PS: **13/02/2024 alle 16,39**

Codice Triage: **VERDE**

Modalità di arrivo: **DEAMBULANTE**

Data e ora accettazione in ambulatorio: **13/02/2024 alle 16,42**

Medico accettante: **Dr. DANIELE MARCATO**

### Condizioni cliniche

Freq.card.:

Freq.resp.:

P.A.: /

Temper.:

Sat:

Glicemia:

### Prestazioni

**Esame** **Data**  
000194 FLEBOCLISI 13/02/2024

**Esame** **Data**  
000121 PR.SANGUE VENOSO 13/02/2024  
000101 ACCESSO DI PRONTO SOCCORSO 13/02/2024

### Prestazioni da consulenze:

### Terapia eseguita

**Data** **Ora** **Terapia**  
13/02/2024 16.45 Dilatrend 25mg Lixiana 25ml TCMARCA

REGIONE VENETO

**U.L.S.S. 8 BERICA - OSPEDALE SAN BORTOLO**

U.O. DI PRONTO SOCCORSO GENERALE

**DIRETTORE: DR.SSA FOSCARINA DELLA ROCCA**



## VERBALE DI PRONTO SOCCORSO N. 20240011010

Identificativo documento: **SIGVPS0120240011010**

Numero Verbale: **20240011010**

Cognome: **PROVA**

Nome: **DA ELIMINARE**

Sesso: **M**

Data di nascita: **12/04/1998**

Comune di nascita: **VICENZA**

Telefono: **3339999999**

Identificativo anagrafico: **P202304261146401**

Codice fiscale: **PRVDMN98D12L840L**

Indirizzo: **VIA ALCIDE DE GASPERI N° 37**

Comune: **TRENTO**

CAP: **38121**



P R V D M N 9 8 D 1 2 L 8 4 0 L

### Dimissione

Diagnosi: Cefalea da ndd

Esito: **RINVIO A DOMICILIO**

Tipo invio:

Ripresentarsi il: **alle**

Ricovero in:

Tipo prognosi:

Codifica finale: **VERDE**

Per:

Nosologico:

Tipo prestazione:

Data e ora di dimissione: **13/02/2024 alle 16,47**

**Dr. DANIELE MARCATO**

Raccomandiamo di esibire quanto prima tale documentazione al proprio Medico di Medicina Generale.

**INFORMAZIONE:** Gentile Signore, desideriamo renderLa partecipe che il Servizio Sanitario Regionale ha impiegato euro 30,40 per il Suo percorso di cura.