

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

<b>VERBALE DI DIMISSIONE N. :</b>		<b>0101242023000281</b>	<b>Data/Ora accettazione:</b>		<b>25/09/2023 17:47</b>
Cognome:	<b>PROVA</b>	Nome:	<b>PROVA</b>	Sesso:	<b>M</b>
Nato il:	<b>01/01/1920</b>	a:	<b>ALBA</b>	Prov.	<b>CN</b>
Residente a:	<b>ALBA</b>	Cap/Prov:	<b>12051 - CN</b>	Indirizzo:	<b>CORSO VITTORIO 1</b>
Domicilio:		Prov:		Indirizzo Domic..:	
C.F.:	<b>PRVPRV20A01A124N</b>	Telefono:	<b>1</b>		
Accomp.:		Grado:			

#### DATI ACCESSO

Inviato da:	<b>Altro</b>	Modalità arrivo:	<b>MEZZO PRIVATO</b>
Problema Principale:	<b>DEA - Cefalea</b>	Causale:	
Motivi dell'Accesso:		Area Comp:	<b>SALA A</b>

Anamnesi:

Esame Obiettivo:

Sintesi Clinica:

Decorso Clinico:

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

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

#### Prestazioni:

25/09/2023 17:48:33 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

#### ESITO

**Diagnosi:** DIMISSIONE PER INAIL

**Esito:** INVIATO A DOMICILIO

Data/Ora dimissione: **25/09/2023 17:48**

Onere a carico di: **SSN**

Condizioni Cliniche alla dimissione:

Codice colore alla dimissione: **4 - URGENZA MINORE - VERDE**

#### CONSIGLI

**Terapie e Provvedimenti:**

**Controlli:**

**Note:**

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

<b>VERBALE DI DIMISSIONE N. :</b>		<b>0101242023000281</b>	<b>Data/Ora accettazione:</b>		<b>25/09/2023 17:47</b>
Cognome:	<b>PROVA</b>	Nome:	<b>PROVA</b>	Sesso:	<b>M</b>
Nato il:	<b>01/01/1920</b>	a:	<b>ALBA</b>	Prov.	<b>CN</b>
Residente a:	<b>ALBA</b>	Cap/Prov:	<b>12051 - CN</b>	Indirizzo:	<b>CORSO VITTORIO 1</b>
Domicilio:		Prov:		Indirizzo Domic..:	
C.F.:	<b>PRVPRV20A01A124N</b>	Telefono:	<b>1</b>		
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 mail all'indirizzo [rad.mondovi@amos.piemonte.it](mailto:rad.mondovi@amos.piemonte.it), 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**

Firmato Digitalmente da GENNARI STEFANO in data 25/09/2023 17:50