

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

VERBALE DI DIMISSIONE N. :		0101242023000285	Data/Ora accettazione:		26/09/2023 10:38
Cognome:	PROVAOLD	Nome:	PROVAOLD	Sesso:	M
Nato il:	01/01/1950	a:	MONDOVI'	Prov.	CN
Residente a:	CANCELLATO IRREPERITO	Cap/Prov:	99999 - EE	Indirizzo:	SCONOSCIUTO
Domicilio:	CANCELLATO IRREPERITO	Prov:	EE	Indirizzo Domic..:	SCONOSCIUTO
C.F.:	PRVPVL50A01F351T	Telefono:	0174123456		
Accomp.:		Grado:			

DATI ACCESSO

Inviato da:	Decisione Propria	Modalità arrivo:	ALTRO ELICOTTERO
Problema Principale:	DEA - Febbre	Causale:	
Motivi dell'Accesso:		Area Comp:	SALA A

Anamnesi:

26/09/2023 10:39:47 anamnesi prova... (Il Medico GENNARI STEFANO)

Esame Obiettivo:

26/09/2023 10:39:57 prova obiettivo (Il Medico GENNARI STEFANO)

Sintesi Clinica:

Decorso Clinico:

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

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

Prestazioni:

26/09/2023 10:38:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

ESITO

Diagnosi: PROVA CDA2

Esito: INVIATO A DOMICILIO

Data/Ora dimissione: **26/09/2023 10:41**

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

VERBALE DI DIMISSIONE N. :		0101242023000285	Data/Ora accettazione:		26/09/2023 10:38
Cognome:	PROVAOLD	Nome:	PROVAOLD	Sesso:	M
Nato il:	01/01/1950	a:	MONDOVI'	Prov.	CN
Residente a:	CANCELLATO IRREPERITO	Cap/Prov:	99999 - EE	Indirizzo:	SCONOSCIUTO
Domicilio:	CANCELLATO IRREPERITO	Prov:	EE	Indirizzo Domic..:	SCONOSCIUTO
C.F.:	PRVPVL50A01F351T	Telefono:	0174123456		
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, 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 26/09/2023 10:42