



**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>2023000168</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>09/10/2023</b>   | Data di Dimissione | <b>09/10/2023</b>       |

### **DIAGNOSI DI DIMISSIONE**

**INFARTO DEL MIOCARDIO DIAGNOSI DI DIMISSIONE**  
**4**

### **MOTIVO DEL RICOVERO**

Il paziente viene ricoverato per: **INFARTO DEL MIOCARDIO**

#### **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



**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>2023000168</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>09/10/2023</b>   | Data di Dimissione | <b>09/10/2023</b>       |

**INTERVENTI E PROCEDURE ESEGUITI**

INTERVENTI E PROCEDURE ESEGUITI

**TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE**

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

**INDICAZIONI TERAPEUTICHE CONSIGLIATE**

INDICAZIONI TERAPEUTICHE CONSIGLIATE

**CONTROLLI PRENOTATI E/O CONSIGLIATI**

CONTROLLI PRENOTATI E/O CONSIGLIATI

**NOTE**

NOTE

**DIAGNOSI**

| CODICE | DESCRIZIONE  |
|--------|--|
| 41000  | INFARTO MIOCARDICO ACUTO DELLA PARETE ANTEROLATERALE CON TRATTO ST |
| 99527  | ALTRA ALLERGIA AI FARMACI  |

**INTERVENTI**

| DATA      | CODICE | DESCRIZIONE INTERVENTO                          | QUANTITA' |
|-----------|--------|---|-----------|
| 09/10/202 | 0050   | IMPIANTO DI PACEMAKER PER LA RISINCRONIZZAZIONE | 1         |



**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>2023000168</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>09/10/2023</b>   | Data di Dimissione | <b>09/10/2023</b>       |

Referto firmato digitalmente da Dott./D.ssa JACOPO PIU in data 09/10/2023 alle ore 15:47

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.attsardegna.it> e utilizzando il codice **2eShc9CJT2e8** 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.