

**ASL8 di Cagliari**
OSPEDALE SS. TRINITA
MALATTIE INFETTIVETel. 070111222
Direttore: ANDREA GHIANI**Lettera di Dimissione**
(da consegnare al medico curante)

Paziente	PROVA DANIEL	Cartella n.	2023000150
Data di Nascita	15/07/1976	Sesso	M
Luogo Nascita	BIDONI'	Codice Fiscale	PRVDNL76L15A856O
Data di Ricovero	28/09/2023	Data di Dimissione	28/09/2023

DIAGNOSI DI DIMISSIONE**DIAGNOSI DIMISSIONE TEST 22****MOTIVO DEL RICOVERO**

Il paziente viene ricoverato per: Diagnosi di Ingresso 10

Anamnesi Familiare

ANAMNESI FAM. TEST 3

Fattori di Rischio

FATTORI RISCHIO TEST 3

Anamnesi Patologica Remota

ANAMNESI PATOL. REMOTA TEST

Anamnesi Patologica Prossima e Terapia Praticata a Domicilio

Anamnesi Patologica Prossima e Terapia Praticata a Domicilio TEST 3

DECORSO CLINICO

DECORSO CLINICO TEST

CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE

CONDIZIONI DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE 22TEST DIAG

TERAPIA FARMACOLOGICA ED ALTRI TRATTAMENTI ESEGUITI

TERAPIA FARMACOLOGICA ED ALTRI TRATTAMENTI ESEGUITI TEST 2

INTERVENTI E PROCEDURE ESEGUITI

INTERVENTI E PROCEDURE ESEGUITI TEST

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE

TERAPIA FARMACOLOGICA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE TEST

INDICAZIONI TERAPEUTICHE CONSIGLIATE

INDICAZIONI TERAPEUTICHE CONSIGLIATE TEST 2

**ASL8 di Cagliari**
OSPEDALE SS. TRINITA
MALATTIE INFETTIVETel. 070111222
Direttore: ANDREA GHIANI**Lettera di Dimissione**
(da consegnare al medico curante)

Paziente	PROVA DANIEL	Cartella n.	2023000150
Data di Nascita	15/07/1976	Sesso	M
Luogo Nascita	BIDONI'	Codice Fiscale	PRVDNL76L15A856O
Data di Ricovero	28/09/2023	Data di Dimissione	28/09/2023

CONTROLLI PRENOTATI E/O CONSIGLIATI

CONTROLLI PRENOTATI E/O CONSIGLIATI TEST

NOTE

NOTE DIAGNOSI LDO TEST

DIAGNOSI

CODICE	DESCRIZIONE
00322	POLMONITE DA SALMONELLA
01300	MENINGITE TUBERCOLARE, NON SPECIFICATA

PRESTAZIONI ORDER ENTRY**Radiologia - Osp. Santissima Trinità (2 esami)**

• ECOGRAFIA CAPO COLLO

• ECOGRAFIA CAPO COLLO

Referto firmato digitalmente da Dott./D.ssa JACOPO PIU in data 06/10/2023 alle ore 07:46

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 **2eQhcQCqjIdA** 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.