

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

Paziente	<b>PROVA DANIEL</b>	Cartella n.	<b>2023000150</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>28/09/2023</b>	Data di Dimissione	<b>28/09/2023</b>

**DIAGNOSI DI DIMISSIONE****CASO DI TEST 2****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 INFETTIVE**Tel. 070111222  
Direttore: ANDREA GHIANI

## Lettera di Dimissione

(da consegnare al medico curante)

Paziente	<b>PROVA DANIEL</b>	Cartella n.	<b>2023000150</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>28/09/2023</b>	Data di Dimissione	<b>28/09/2023</b>

### 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 16:55

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.