

**TEST AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA S.CROCE E CARLE - CUNEO****Dipartimento Emergenza Accettazione**Data/Ora Accettazione al P.S.: **05/05/2023 15:19**

N° progressivo:

**2023000033**

\*000000000\*

Cognome Nome:	<b>PROVA,PROVACHIARA</b>	Sesso:	<b>F</b>
---------------	--------------------------	--------	----------

Nato/a il:	<b>01/01/2000</b>	a	<b>TORINO (TO)</b>
Indirizzo Residen.:	<b>C.SO UNIONE SOVIETICA, 105</b>	Comune Residen.:	<b>TORINO (TO)</b>
Inviante:	<b>ALTRO</b>	Accompagnato:	
Modalità arrivo:	<b>ACCESSO DIRETTO DELL'ASSISTITO</b>	Triage:	<b>Arancione</b>
Motivo accesso:	<b>Cefalea</b>		
Codice fiscale:	<b>PRVPRV00A41L2190</b>		

**Anamnesi:** testo prova anamnesi**Diagnosi:** TONSILLITE ACUTA.**Prestazioni:** DEA-VISITA CHIRURGICA.**Osservazione/Terapia:**

TESTO OSSERVAZIONE TERAPIA

**Stanza osservazione:** Pronto Soccorso**Esito:** RINVIATO A DOMICILIO IL 05/05/2023 ORE 15:27**Antitetanica:** Non necessita.**Triage rivalutato in fase di dimissione:** Verde Accesso non soggetto a ticket - **GUARIBILE IN 5 GG. S.C.****NOSOLOGICO:****IL MEDICO DI TURNO****AGOSTINI,MARCO****RIEPILOGO PRESTAZIONI:****Tipo:** PRESTAZIONE DEA

Codice:

Prestazione:

Valore Prestazione:

101

DEA-VISITA CHIRURGICA

50,00

**Valore Totale Della Cartella di Pronto Soccorso (euro):****50,00**

I pazienti (\*) interessati a ritirare gli esami radiologici potranno richiederne una copia su CD, presso la segreteria della radiologia (situata al primo piano) nei seguenti orari: **dal lunedì al venerdì - dalle ore 10 alle ore 16**, oppure con richiesta scritta (indicando dati anagrafici completi – data e tipo di esame eseguito) tramite fax al n. 0171.641122. Le copie potranno essere ritirate allo stesso sportello dopo 3 giorni lavorativi **dalla richiesta**.

(\*) In caso di impossibilità dell'interessato a richiedere o ritirare personalmente la documentazione, è indispensabile provvedere a delega scritta allegando fotocopia di documento di identità del delegante.