

REGIONE VENETO

U.L.S.S. 8 BERICA - OSPEDALE SAN BORTOLO

U.O. DI PRONTO SOCCORSO GENERALE

DIRETTORE: DR.SSA FOSCARINA DELLA ROCCA



VERBALE DI PRONTO SOCCORSO N. 20230030230

Identificativo documento: **SIGVPS0120230030230**

Numero Verbale: **20230030230**

Cognome: **PROVA**

Nome: **DA ELIMINARE**

Sesso: **M**

Data di nascita: **12/04/1998**

Comune di nascita: **VICENZA**

Telefono: **3339999999**

Identificativo anagrafico: **P202304261146401**

Codice fiscale: **PRVDMN98D12L840L**

Indirizzo: **VIA ALCIDE DE GASPERI N° 37**

Comune: **TRENTO**

CAP: **38121**



P R V D M N 9 8 D 1 2 L 8 4 0 L

Accettazione

Data e ora accettazione in PS: **26/04/2023 alle 15,20**

Codice Triage: **GIALLO**

Modalità di arrivo: **DEAMBULANTE**

Data e ora accettazione in ambulatorio: **26/04/2023 alle 15,21**

Medico accettante: **Fabrizio Bacco**

Condizioni cliniche

Freq.card.: _____ Freq.resp.: _____

P.A.: _____ /

Temper.: _____ Sat: _____

Glicemia: _____

Prestazioni

Esame	Data
000172 AEROSOL TERAPIA	26/04/2023

Esame	Data
000101 ACCESSO DI PRONTO SOCCORSO	26/04/2023

Prestazioni da consulenze:

Terapia eseguita

Data	Ora	Terapia
26/04/2023	15.22	Toradol 1 fl 250 TCMARCA

REGIONE VENETO

U.L.S.S. 8 BERICA - OSPEDALE SAN BORTOLO

U.O. DI PRONTO SOCCORSO GENERALE

DIRETTORE: DR.SSA FOSCARINA DELLA ROCCA



VERBALE DI PRONTO SOCCORSO N. 20230030230

Identificativo documento: **SIGVPS0120230030230**

Numero Verbale: **20230030230**

Cognome: **PROVA**

Nome: **DA ELIMINARE**

Sesso: **M**

Data di nascita: **12/04/1998**

Comune di nascita: **VICENZA**

Telefono: **3339999999**

Identificativo anagrafico: **P202304261146401**

Codice fiscale: **PRVDMN98D12L840L**

Indirizzo: **VIA ALCIDE DE GASPERI N° 37**

Comune: **TRENTO**

CAP: **38121**



P R V D M N 9 8 D 1 2 L 8 4 0 L

Dimissione

Diagnosi: Cefalea da ndd, paziente migliorato dopo terapia farmacologica eseguita in Pronto Soccorso

Esito: **RINVIO A DOMICILIO**

Tipo invio:

Ripresentarsi il: **alle**

Ricovero in:

Tipo prognosi:

Codifica finale: **VERDE**

Per:

Nosologico:

Tipo prestazione:

Data e ora di dimissione: **26/04/2023 alle 15,25**

Dott. Marcato Daniele

Raccomandiamo di esibire quanto prima tale documentazione al proprio Medico di Medicina Generale.

INFORMAZIONE: Gentile Signore, desideriamo renderLa partecipe che il Servizio Sanitario Regionale ha impiegato euro 26,65 per il Suo percorso di cura.