

**Sede legale ASL CN1**

via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)

P.IVA 01128930045

t. 0171.450111 - f. 0171.1865270

protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'  
D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

**Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000066****Data accettazione //**

Cognome	PROVA	Nome	PROVA	Sesso	M
Nato il	1/01/1920	a	ALBA	Prov.	CN
Residente a:	ALBA	CAP/Prov:	12051	Indirizzo:	CORSO VITTORIO CORSO VITTORIO 1
C.F.	PRVPRV20A01A124N				

**Modalità di trasporto**

Inviato da: Altro    Modalità arrivo: MEZZO PRIVATO

**Motivo della Visita**

Problema Principale: DEA - Cefalea    Causale:

**Triage**

CODICE PRIORITA': AZZURRO ARRIVO: 16/02/2023 ORE 15:11 INGRESSO: 16/02/2023 ORE 15:11

**Inquadramento clinico iniziale****Decorso Ospedaliero****Interventi Prestazioni Consulenze****Prestazioni**

- 16/02/2023 15:11:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

**Dimissione**

DIAGNOSI: TC 22

Esito: INVIATO A DOMICILIO    Data/Ora dimissione: 16/02/2023 15:12    Onere a carico di: SSN

Condizioni Cliniche alla dimissione:

Codice colore alla dimissione: AZZURRO

**Terapia Farmacologica alla dimissione**

Alcuni farmaci prescritti potranno essere a totale carico del paziente

Se ha necessità delle immagini radiologiche può presentarsi con documento di identità e copia del referto presso l'ufficio della radiologia dalle 10 alle 15.30, o inviare un'altra persona con documento di identità, delega scritta, copia del referto e della carta di identità del

**Sede legale ASL CN1**

via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)

P.IVA 01128930045

t. 0171.450111 - f. 0171.1865270

protocollo@aslc1.legalmailPA.it

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'

D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

**Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000066****Data accettazione //**

Cognome	<b>PROVA</b>	Nome	<b>PROVA</b>	Sesso	<b>M</b>
Nato il	<b>1/01/1920</b>	a	<b>ALBA</b>	Prov.	<b>CN</b>
Residente a:	<b>ALBA</b>	CAP/Prov:	<b>12051</b>	Indirizzo:	<b>CORSO VITTORIO CORSO VITTORIO 1</b>
C.F.	<b>PRVPRV20A01A124N</b>				

paziente. Alternativamente può richiedere la spedizione a domicilio, con tariffe postali a suo carico, via fax al n. 0174/677179, indicando cognome, nome, data e luogo di nascita, esami di cui si richiedono le immagini, data di esecuzione, indirizzo di spedizione, allegando copia del proprio documento.

IL MEDICO DI TURNO    Sig. ALESSIO ANACNUNO

**Sede legale ASL CN1**

via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)

P.IVA 01128930045

t. 0171.450111 - f. 0171.1865270

protocollo@aslcn1.legalmailPA.it

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'  
D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

**Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000066****Data accettazione //**

Cognome	PROVA	Nome	PROVA	Sesso	M
Nato il	1/01/1920	a	ALBA	Prov.	CN
Residente a:	ALBA	CAP/Prov:	12051	Indirizzo:	CORSO VITTORIO CORSO VITTORIO 1
C.F.	PRVPRV20A01A124N				

**Modalità di trasporto**

Inviato da: Altro    Modalità arrivo: MEZZO PRIVATO

**Motivo della Visita**

Problema Principale: DEA - Cefalea    Causale:

**Triage**

CODICE PRIORITA': AZZURRO ARRIVO: 16/02/2023 ORE 15:11 INGRESSO: 16/02/2023 ORE 15:11

**Inquadramento clinico iniziale****Decorso Ospedaliero****Interventi Prestazioni Consulenze****Prestazioni**

- 16/02/2023 15:11:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

**Dimissione**

DIAGNOSI: TC 22

Esito: INVIATO A DOMICILIO    Data/Ora dimissione: 16/02/2023 15:12    Onere a carico di: SSN

Condizioni Cliniche alla dimissione:

Codice colore alla dimissione: AZZURRO

**Terapia Farmacologica alla dimissione**

Alcuni farmaci prescritti potranno essere a totale carico del paziente

Se ha necessità delle immagini radiologiche può presentarsi con documento di identità e copia del referto presso l'ufficio della radiologia dalle 10 alle 15.30, o inviare un'altra persona con documento di identità, delega scritta, copia del referto e della carta di identità del

**Sede legale ASL CN1**

via Carlo Boggio, 12 - 12100 Cuneo (CN)

P.IVA 01128930045

t. 0171.450111 - f. 0171.1865270

protocollo@aslc1.legalmailPA.it

PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'  
D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243

**Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000066****Data accettazione //**

Cognome	<b>PROVA</b>	Nome	<b>PROVA</b>	Sesso	<b>M</b>
Nato il	<b>1/01/1920</b>	a	<b>ALBA</b>	Prov.	<b>CN</b>
Residente a:	<b>ALBA</b>	CAP/Prov:	<b>12051</b>	Indirizzo:	<b>CORSO VITTORIO CORSO VITTORIO 1</b>
C.F.	<b>PRVPRV20A01A124N</b>				

paziente. Alternativamente può richiedere la spedizione a domicilio, con tariffe postali a suo carico, via fax al n. 0174/677179, indicando cognome, nome, data e luogo di nascita, esami di cui si richiedono le immagini, data di esecuzione, indirizzo di spedizione, allegando copia del proprio documento.

IL MEDICO DI TURNO    Sig. ALESSIO ANACNUNO