

**DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE**

**SOSD ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA**

**Centro di Riferimento Regionale**

**Responsabile: Dr.ssa Nome Cognome**

Dr. Nome Cognome, Dr. Nome Cognome, Dr. Nome  
Cognome, Dr. Nome Cognome, Dr. Nome Cognome

**Ancona 25-03-2023**

LOGO ASL

Egr. Dott. BIANCHI CARLO

Si dimette in data odierna il paziente **PAZIENTE DI PROVA**, nato il **01/10/1910**, ricoverato dal 19-12-2017, gr. sang. **{GRUPPO\_SANGUIGNO}**  
Affetto da:

Adenocarcinoma  
gastrico

**Parametri auxologici all'ingresso:** Peso 80,00 Kg, Altezza 182 cm,  
Superficie Corporea 1,8 mq.

**Motivo del ricovero**

[Questo paragrafo contiene il motivo del ricovero]

**Riguardo al presente ricovero si segnala:**

[Questo paragrafo contiene una descrizione testuale del referto]

[Questo paragrafo contiene una descrizione testuale della consulenza]

[Questo paragrafo contiene una descrizione testuale degli esami eseguiti durante il ricovero]

Dal 21/03 al 17/04: Losaprex 50 mg 1 cpr ore 8 Dal 21/03 al 17/04:  
Cardicor 5 mg 1 cpr ore 8 Dal 21/03 al 17/04: Lasix 25 mg 2 cpr ore 8 Dal 21/03 al 17/04: Peptazol 40 mg 1 cpr ore 20 Dal 21/03 al 17/04: Arixtra 2.5 mg  
1 fl s.c. ore 20 Dal 21/03 al 17/04: Coumadin sec INR (range terapeutico 2-3)

**A domicilio si consiglia la seguente terapia medica:**

Norvasc 5 mg 1 cp ore 20

Cardioaspirina 100 mg 1 cp ore 12

Azienda Ospedaliero Universitaria - Sede1, Presidio1, Via dell'indirizzo, 25458 Citta1

Lasix 25 mg 1 cp il Lun e ven ore 8  
Rapaxo 150 mg 1 cp ore 8 FAX 0543.6547874 - Day-Hospital: TEL 0543.6547874 FAX  
054.1547458

Email: oncoematologiapediatrica@ospedale1.regione.it

**DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE**

**SOSD ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA**

**Centro di Riferimento Regionale**

**Responsabile: Dr.ssa Nome Cognome**

Dr. Nome Cognome, Dr. Nome Cognome, Dr. Nome  
Cognome, Dr. Nome Cognome, Dr. Nome Cognome

LOGO ASL

Dilatrend 6,25 mg 1/2 cp x 2 ore 8-20

Terapia insulinica come da schema domiciliare

Fragmin 0,6 ml 1 fl ore 8 fino a INR > 2

Coumadin sec INR con range 2-3

**Se non interverranno nuovi elementi clinici di rilievo proponiamo di rivedere il paziente presso il nostro Day Hospital in data 15/04/2023 ore 08:00.**

Ringraziando per la collaborazione, inviamo cordiali saluti

Il medico strutturato: MEDICO USER

Il medico specializzando: MEDICO USER

Azienda Ospedaliero Universitaria - Sede1, Presidio1, Via dell'indirizzo, 25458 Citta1

Reparto: TEL 054.1547458 FAX 0543.6547874 - Day-Hospital: TEL 0543.6547874 FAX  
054.1547458

Email: [oncoematologiapediatrica@ospedale1.regione.it](mailto:oncoematologiapediatrica@ospedale1.regione.it)