

**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

<b>Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000052</b>		<b>Data accettazione //</b>			
Cognome	TEST	Nome	CITTADINO	Sesso	F
Nata il	19/04/1924	a	ROVATO	Prov.	BS
Residente a:	PROVAGLIO D'ISEO	CAP/Prov:		Indirizzo:	VIA RES 1 VIA RES 1
C.F.	TSTCTD24D59H598Z				

**Modalità di trasporto**

Inviato da: Altro    Modalità arrivo: MEZZO PRIVATO

**Motivo della Visita**

Problema Principale: DEA - Cefalea    Causale:

**Triage**

CODICE PRIORITA': VERDE ARRIVO: 14/02/2023 ORE 17:15 INGRESSO: 14/02/2023 ORE 17:15

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

- 14/02/2023 17:15:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

**Dimissione**

DIAGNOSI: PROVA DIAGNOSI

Esito: INVIATO A DOMICILIO    Data/Ora dimissione: 14/02/2023 17:15    Onere a carico di: SSN

Condizioni Cliniche alla dimissione:

Codice colore alla dimissione: VERDE

**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@aslcn1.legalmailPA.it

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

**Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000052****Data accettazione //**

Cognome	<b>TEST</b>	Nome	<b>CITTADINO</b>	Sesso	<b>F</b>
Nata il	<b>19/04/1924</b>	a	<b>ROVATO</b>	Prov.	<b>BS</b>
Residente a:	<b>PROVAGLIO D'ISEO</b>	CAP/Prov:		Indirizzo:	<b>VIA RES 1 VIA RES 1</b>
C.F.	<b>TSTCTD24D59H598Z</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

<b>Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000052</b>		<b>Data accettazione //</b>			
Cognome	TEST	Nome	CITTADINO	Sesso	F
Nata il	19/04/1924	a	ROVATO	Prov.	BS
Residente a:	PROVAGLIO D'ISEO	CAP/Prov:		Indirizzo:	VIA RES 1 VIA RES 1
C.F.	TSTCTD24D59H598Z				

**Modalità di trasporto**

Inviato da: Altro    Modalità arrivo: MEZZO PRIVATO

**Motivo della Visita**

Problema Principale: DEA - Cefalea    Causale:

**Triage**

CODICE PRIORITA': VERDE ARRIVO: 14/02/2023 ORE 17:15 INGRESSO: 14/02/2023 ORE 17:15

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

- 14/02/2023 17:15:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

**Dimissione**

DIAGNOSI: PROVA DIAGNOSI

Esito: INVIATO A DOMICILIO    Data/Ora dimissione: 14/02/2023 17:15    Onere a carico di: SSN

Condizioni Cliniche alla dimissione:

Codice colore alla dimissione: VERDE

**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@aslcn1.legalmailPA.it

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

**Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000052****Data accettazione //**

Cognome	<b>TEST</b>	Nome	<b>CITTADINO</b>	Sesso	<b>F</b>
Nata il	<b>19/04/1924</b>	a	<b>ROVATO</b>	Prov.	<b>BS</b>
Residente a:	<b>PROVAGLIO D'ISEO</b>	CAP/Prov:		Indirizzo:	<b>VIA RES 1</b> <b>VIA RES 1</b>
C.F.	<b>TSTCTD24D59H598Z</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