

**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 0101242023000049</b>		<b>Data accettazione //</b>			
Cognome	<b>PROVA</b>	Nome	<b>PROVA1</b>	Sesso	<b>F</b>
Nata il	<b>1/01/1936</b>	a	<b>IMPERIA</b>	Prov.	<b>IM</b>
Residente a:	<b>IMPERIA</b>	CAP/Prov:	<b>10000</b>	Indirizzo:	<b>VIA ROMA VIA ROMA 10</b>
C.F.	<b>PRVPRV36A41E290H</b>				

**Modalità di trasporto**

Inviato da: Decisione Propria    Modalità arrivo: MEZZO PRIVATO

**Motivo della Visita**

Problema Principale: DEA - Dolore addominale    Causale: ALTRO

**Triage**

CODICE PRIORITA': VERDE ARRIVO: 14/02/2023 ORE 14:19 INGRESSO: 14/02/2023 ORE 14:19

**Inquadramento clinico iniziale****Anamnesi**

14/02/2023 14:20:51 Anamnesi di prova per test Ulcera Gastrica  
(II Medico GENNARI STEFANO)

**Esame Obiettivo**

14/02/2023 14:21:02 Esame obiettivo di prova per test Ulcera Gastrica  
(II Medico GENNARI STEFANO)

**Sintesi clinica**

14/02/2023 14:21:12 Sintesi clinica di prova per test Ulcera Gastrica  
(II Medico GENNARI STEFANO)

**Decorso Ospedaliero**

14/02/2023 14:21:27 Decorso clinico di prova per test Ulcera Gastrica  
(II Medico GENNARI STEFANO)

**Interventi Prestazioni Consulenze****Prestazioni**

- 14/02/2023 14:22:00 ESAME DEL FUNDUS OCULI 95.09.1
- 14/02/2023 14:19:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

**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

<b>Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000049</b>		<b>Data accettazione //</b>			
Cognome	<b>PROVA</b>	Nome	<b>PROVA1</b>	Sesso	<b>F</b>
Nata il	<b>1/01/1936</b>	a	<b>IMPERIA</b>	Prov.	<b>IM</b>
Residente a:	<b>IMPERIA</b>	CAP/Prov:	<b>10000</b>	Indirizzo:	<b>VIA ROMA VIA ROMA 10</b>
C.F.	<b>PRVPRV36A41E290H</b>				

**Dimissione****DIAGNOSI: PROVA DIAGNOSI DEL CASO DI TEST ULCERA GASTRICA**Esito: **INVIATO A DOMICILIO** Data/Ora dimissione: **14/02/2023 14:30** Onere a carico di: **SSN****Condizioni Cliniche alla dimissione:** BUONE CONDIZIONI CLINICHE**Codice colore alla dimissione:** VERDE**NOTE AL MEDICO O AL REPARTO**

NESSUNA NOTA DEL CASO DI TEST ULCERA GASTRICA

**Piano di Cura**

NESSUN CONTROLLO PRESCRITTO

**Terapia Farmacologica alla dimissione**

NESSUNA TERAPIA PREVISTA, NESSUN PROVVEDIMENTO A DOMICILIO PREVISTO

TACHIPIRINA ALLA BISOGNA

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 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 0101242023000049</b>		<b>Data accettazione //</b>			
Cognome	<b>PROVA</b>	Nome	<b>PROVA1</b>	Sesso	<b>F</b>
Nata il	<b>1/01/1936</b>	a	<b>IMPERIA</b>	Prov.	<b>IM</b>
Residente a:	<b>IMPERIA</b>	CAP/Prov:	<b>10000</b>	Indirizzo:	<b>VIA ROMA VIA ROMA 10</b>
C.F.	<b>PRVPRV36A41E290H</b>				

**Modalità di trasporto**

Inviato da: Decisione Propria    Modalità arrivo: MEZZO PRIVATO

**Motivo della Visita**

Problema Principale: DEA - Dolore addominale    Causale: ALTRO

**Triage**

CODICE PRIORITA': VERDE ARRIVO: 14/02/2023 ORE 14:19 INGRESSO: 14/02/2023 ORE 14:19

**Inquadramento clinico iniziale****Anamnesi**

14/02/2023 14:20:51 Anamnesi di prova per test Ulcera Gastrica  
(II Medico GENNARI STEFANO)

**Esame Obiettivo**

14/02/2023 14:21:02 Esame obiettivo di prova per test Ulcera Gastrica  
(II Medico GENNARI STEFANO)

**Sintesi clinica**

14/02/2023 14:21:12 Sintesi clinica di prova per test Ulcera Gastrica  
(II Medico GENNARI STEFANO)

**Decorso Ospedaliero**

14/02/2023 14:21:27 Decorso clinico di prova per test Ulcera Gastrica  
(II Medico GENNARI STEFANO)

**Interventi Prestazioni Consulenze****Prestazioni**

- 14/02/2023 14:22:00 ESAME DEL FUNDUS OCULI 95.09.1
- 14/02/2023 14:19:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

**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

<b>Verbale di Pronto Soccorso 0101242023000049</b>		<b>Data accettazione //</b>			
Cognome	<b>PROVA</b>	Nome	<b>PROVA1</b>	Sesso	<b>F</b>
Nata il	<b>1/01/1936</b>	a	<b>IMPERIA</b>	Prov.	<b>IM</b>
Residente a:	<b>IMPERIA</b>	CAP/Prov:	<b>10000</b>	Indirizzo:	<b>VIA ROMA VIA ROMA 10</b>
C.F.	<b>PRVPRV36A41E290H</b>				

**Dimissione****DIAGNOSI: PROVA DIAGNOSI DEL CASO DI TEST ULCERA GASTRICA**Esito: **INVIATO A DOMICILIO** Data/Ora dimissione: **14/02/2023 14:30** Onere a carico di: **SSN****Condizioni Cliniche alla dimissione:** BUONE CONDIZIONI CLINICHE**Codice colore alla dimissione:** VERDE**NOTE AL MEDICO O AL REPARTO**

NESSUNA NOTA DEL CASO DI TEST ULCERA GASTRICA

**Piano di Cura**

NESSUN CONTROLLO PRESCRITTO

**Terapia Farmacologica alla dimissione**

NESSUNA TERAPIA PREVISTA, NESSUN PROVVEDIMENTO A DOMICILIO PREVISTO

TACHIPIRINA ALLA BISOGNA

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 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