

**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:**

**Motivo del ricovero**

**Riguardo al presente ricovero si segnala:**

[Questo paragrafo contiene una descrizione testuale del referto]

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

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