

Annuncio prestazione paziente pediatrico

Inviare la richiesta al servizio Gestione letti ORBV gestione.lettiORB@eoc.ch Tel.091 811 97 46

DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome
Sesso Data di nascita
Nr. telefono Nr. cellulare
Indirizzo NAP e Località
Indirizzo mail

Ambulante Degente Giorni di degenza previsti.....
 Infortunio Malattia Infermità congenita
 Al cifra _____
Classe Privata Semi privata Comune

Necessita di un interprete Sì Quale lingua:..... No

Medico curante/inviante

Diagnosi

Peso _____ Altezza _____ Necessità di isolamento No Sì

Allergie No Sì

Prestazione richiesta:
.....
.....
.....

Data prevista dell'intervento Durata min. intervento.....

Grado di urgenza Entro 1 mese Entro 3 mesi

Tipo di anestesia Generale
 Loco regionale
 Altro

Osservazioni
.....
.....

Portatore di shunt VP?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì: modello	
Impostazione :			



Prescrizione farmaco Sì No

Farmaco	(Nome, Dose, via di somministrazione)

Terapia abituale

.....

.....

.....

.....

Prescrizione laboratorio in Prescolab Sì specificare n° trattamento() No

Medico di riferimento in OSG

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Consenso informato (**Obbligatorio** in caso di intervento chirurgico e/o test genetici)

Lettera di annuncio Altri documenti (Labor, esami, rapporti, etc.)

.....

.....

.....

Informazioni degne di note come p.es paure, patrimonio venoso ecc)

.....

.....

.....

Data: Timbro e firma medico