



Azienda sanitaria
Presidio ospedaliero
Stabilimento
Unità operativa di ammissione
Piattaforma degenza di ammissione

N. Nosologico _____ [etichetta ricovero]
Ricovero Data:/...../..... Ora:
Dimissione Data:/...../..... Ora:
Giorni di Prognosi

Cartella clinica integrata

PAZIENTE

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA