

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome _____	Barcode
	Nome _____	
	Data di nascita _____	
	N° CCI/Nosologico _____	

Riferimenti dell'U.O.

Cognome _____

Nome _____

Ricovero dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Reparto _____ Letto n° _____

Data Ammissione ____ / ____ / ____ Data Dimissione ____ / ____ / ____

Modalità di ricovero: PROGRAMMATO URGENTE

dimesso al domicilio

trasferito in altro reparto

Reparto _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Reparto _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Reparto _____ dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

dimissione volontaria

trasferito in altro ospedale/struttura socio-sanitaria (*specificare*) _____

Segnalazione dimissione protetta

Attivazione del servizio sociale

CONTESTO SOCIALE

Persona di riferimento (familiare/care giver) _____ telefono _____

Rappresentante legale _____

Supporti famigliari - risorsa sociale _____

Esenzione ticket per _____ SI NO

RELAZIONE MEDICA

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE

MOTIVO DEL RICOVERO/DIAGNOSI D'INGRESSO

SINTESI ANAMNESTICA

ANDAMENTO CLINICO

ACCERTAMENTI

TERAPIA EFFETTUATA DURANTE LA DEGENZA

TERAPIA FARMACOLOGICA PRESCRITTA

Farmaco: principio attivo	Dosaggio e forma farmaceutica	Via di Som.ne	Posologia: dose e frequenza assunzione	Durata del trattamento dalla dimissione	Ultima Terapia assunta oggi alle ore.....	*Annotazione (vedi legenda)

*Annotazione relativa agli strumenti prescrittivi, se previsti, o ambiti prescrittivi particolari: **A** – numero Nota AIFA, **B** – compilato Registro AIFA, **C**– compilato Piano Terapeutico AIFA, **D** – compilato Piano Terapeutico Sole, **E**– allegato Piano Terapeutico regionale, **F**– allegato Piano Terapeutico (generico), **G** - Terapia sperimentale, **H** – Farmaco non sostituibile, **I** - Terapia al bisogno, specificare parametri clinici e ripetibilità massima

ULTERIORI INDICAZIONI

PRESIDI PRESCRITTI (PROCEDURA DI RICHIESTA ATTIVATA SI NO)

INDAGINI PROGRAMMATE DA ESEGUIRE DOPO LA DIMISSIONE

Indagine _____

Data ____/____/____ Ora _____

Luogo _____

Indagine _____

Data ____/____/____ Ora _____

Luogo _____

Indagine _____

Data ____/____/____ Ora _____

Luogo _____

