

Allegato A

CHECK-LIST AUDIT CONTROLLI DOCUMENTAZIONE SANITARIA (Ex DGR 1706/2009 - Modificata)

Auditor..... Anno..... Trim.....

Reparto di dimissione..... Numero SDO.....

| Elementi della cartella clinica | | Doc. NR ¹ | Grado di compilazione | | | |
|---------------------------------|---|-------------------------|-----------------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | 1 ² | 2 ³ | 3 ⁴ | 4 ⁵ |
| 1 | Frontespizio - Foglio di ingresso | | o | o | o | o |
| 2 | Anamnesi ed esame obiettivo | | o | o | o | o |
| 3 | Diario clinico | | o | o | o | o |
| 4 | Consulenze | | o | o | o | o |
| 5 | Foglio di terapia farmacologica | | o | o | o | o |
| 6 | Referti | | o | o | o | o |
| 7 | Valutazione preoperatoria | | o | o | o | o |
| 8 | Anamnesi ed esame obiettivo anestesiologicalo | | o | o | o | o |
| 9 | Identificazione del paziente e del sito chirurgico | | o | o | o | o |
| 10 | Referto operatorio | | o | o | o | o |
| 11 | Consenso informato e relativi fogli informativi | | o | o | o | o |
| 12 | Foglio di trasferimento | | o | o | o | o |
| 13 | Documenti relativi a trasfusioni (sangue ed emoderivati, plasma e plasmaderivati) | | o | o | o | o |
| 14 | Relazione alla dimissione | | o | o | o | o |
| 15 | SDO | | o | o | o | o |
| 16 | Documentazione infermieristica | | o | o | o | o |
| 17 | Check List sala operatoria | | o | o | o | o |
| 18 | Scheda compilata di rilevazione dolore | | o | o | o | o |
| 19 | Data di prenotazione intervento compilata | | o | o | o | o |
| 20 | | | o | o | o | o |

NOTE:

Data Audit:/...../.....

Firma Auditor.....

¹ In caso di mancanza del documento, perché non coerente con il tipo di attività svolta nell'U.O. oggetto dell'audit (es. item prettamente chirurgico in U.O. medica), barrare con una x la casella nella colonna intestata **Doc. NR (Documento Non Richiesto)**.

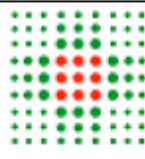
² Per compilazione di grado 1 si intende elemento cartella clinica **non compilato**.

³ Per compilazione di grado 2 si intende elemento cartella clinica **compilato in modo non del tutto sufficiente**.

⁴ Per compilazione di grado 3 si intende elemento cartella clinica **compilato in modo sufficiente**.

⁵ Per compilazione di grado 4 si intende elemento cartella clinica **compilato in modo completo**.

Allegato B

|  | ANALISI DELLA QUALITÀ DELLA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE CLINICA [EX DGR 1706/2009] | CODICE A BARRE |
|---|--|---|
| | REPARTO DI DIMISSIONI: _____ DATA DI DIMISSIONE: ____/____/20____ [MOD. 1/2017] VERBALE ELETTRONICO NAC N° _____ | |
| ANAMNESI, ESAME OBIETTIVO, DIARIO CLINICO E INFERMIERISTICO | | |
| ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO | [A01] ANAMNESI FISIOLÓGICA [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO] | NO sÌ |
| | [A02] ANAMNESI FAMILIARE [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO] | NO sÌ |
| | [A03] ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO] | NO sÌ |
| | [A04] ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA [PUÒ COMPNDERE VERBALE DI PS E PRECEDENTI LETTERE DI DIMISSIONE] | NO sÌ |
| | [A05] RACCORDO ANAMNESTICO [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA] | NA NO sÌ |
| | [A06] ESAME OBIETTIVO GENERALE [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO] | NO sÌ |
| | [A07] ESAME OBIETTIVO LOCALE [SPECIFICARE SE LA SEZIONE È COMPILATA; IL SEGNO “/” VALIDA IL CRITERIO] | NA NO sÌ |
| | [A08] DATA E FIRMA DELLA RACCOLTA ANAMNESTICA | 1 3 5 |
| | [A09] DATA E FIRMA DELL'ESAME OBIETTIVO [DIVERSO DA PRIMA ANNOTAZIONE IN DIARIO CLINICO] | 1 3 5 |
| [A11] TERAPIA DOMICILIARE [CARTELLA “MEDICA”] | NO sÌ | |
| DIARIO CLINICO | [A12] PRESENZA DI ALMENO UN'ANNOTAZIONE AL GIORNO | 1 2 3 4 5 |
| | [A13] FIRMA IN CALCE A CIASCUNA ANNOTAZIONE | 1 2 3 4 5 |
| | [A14] COMPRESIBILITÀ DEL TESTO (FRASI DIRETTE, ACRONIMI NOTI, ...) | 1 2 3 4 5 |
| | [A15] LEGGIBILITÀ DEL TESTO (GRAFIA) | 1 2 3 4 5 |
| | [A16] IDENTIFICAZIONE UNIVOCA DEL PAZIENTE SUI SINGOLI FOGLI DI ANAMNESI, ESAME OBIETTIVO E DIARIO CLINICO | F 1 2 3 4 5 |
| DIARIO INFERMIERISTICO | [A17] TERAPIA DOMICILIARE [SCHEDE INFERMIERISTICA] | NO sÌ |
| | [A18] PRESENZA DI ALMENO UNA ANNOTAZIONE PER TURNO | 1 2 3 4 5 |
| | [A19] FIRMA DELL'INFERMIERE [ALMENO UNA PER TURNO] | 1 2 3 4 5 |
| | [A20] COMPRESIBILITÀ DEL TESTO (FRASI DIRETTE, ACRONIMI NOTI, ...) | 1 2 3 4 5 |
| | [A21] LEGGIBILITÀ DEL TESTO (GRAFIA) | 1 2 3 4 5 |
| TERAPIA | | |
| <input type="checkbox"/> [B00] NESSUNA SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA | | |
| [B01-B02] ALLERGIE NOTE <input type="checkbox"/> INDAGATO <input type="checkbox"/> NON INDAGATO | | <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE |
| [B03] ANNOTAZIONE DI AUTOGESTIONE [ANCHE PARZIALE] DELLA TERAPIA DOMICILIARE | | NO sÌ |
| FOGLIO UNICO DI TERAPIA [FUT] | PER CIASCUNA PRESCRIZIONE: | |
| | [B05] DATA DI INIZIO SOMMINISTRAZIONE | 1 2 3 4 5 |
| | [B06] LEGGIBILITÀ DEL NOME DEL FARMACO | 1 2 3 4 5 |
| | [B07] POSOLOGIA (DOSE, TEMPI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE) | 1 2 3 4 5 |
| | [B08] FIRMA (O SIGLA DEPOSITATA) DEL MEDICO CHE PRESCRIVE L'INIZIO DEL TRATTAMENTO | 1 2 3 4 5 |
| | [B09] FIRMA (O SIGLA DEPOSITATA) DELL'INFERMIERE CHE ESEGUE LA SOMMINISTRAZIONE | 1 2 3 4 5 |
| | [B10] FIRMA (O SIGLA DEPOSITATA) DEL MEDICO CHE SOSPENDE IL TRATTAMENTO | NA 1 2 3 4 5 |
| | [B11] DATA DI FINE SOMMINISTRAZIONE (SE DIVERSA DALLA DATA DI DIMISSIONE) | NA 1 2 3 4 5 |
| [B12] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE (SU CIASCUN FOGLIO DI TERAPIA) O CODICE A BARRE | NO 3 sÌ | |
| TERAPIA AL BISOGNO | [B14] RIFERIMENTI CLINICI E BIOLOGICI PER DECIDERE LA SOMMINISTRAZIONE | 1 2 3 4 5 |
| | [B15] LEGGIBILITÀ NOME FARMACO | 1 2 3 4 5 |
| | [B16] POSOLOGIA (DOSE, TEMPI E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE) | 1 2 3 4 5 |
| | [B17] RIPETIBILITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE | 1 2 3 4 5 |
| PALM HOSPITAL | [B18] PRESENZA IN CARTELLA DEI FOGLI DI TERAPIA GIORNALIERA | 1 2 3 4 5 |
| | [B19] FIRMA DAL MEDICO SU CIASCUN MODULO | 1 2 3 4 5 |
| | [B20] ANNOTAZIONE NEL DIARIO INFERMIERISTICO DELL'AVVENUTA SOMMINISTRAZIONE | 1 2 3 4 5 |
| PRIVACY | | |
| [C01] PRESENZA MODULO PRIVACY IN CARTELLA | | NO sÌ |
| MODULO PRIVACY | [C02] FIRMA DEL PAZIENTE | NO sÌ |
| | [C03] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO | |
| | [C04] DICHIARAZIONE DI INCAPACITÀ DEL PAZIENTE DI APPORRE LA PROPRIA FIRMA | NO sÌ |
| | [C05] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE | NO sÌ |
| | [C06] PERSONE AUTORIZZATE A RICEVERE INFORMAZIONI [LA SELEZIONE DI CATEGORIE PREDEFINITE VALIDA IL CRITERIO] | NO sÌ |
| | [C07] DATA DELL'INFORMATIVA | NO sÌ |
| INFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI | | |
| MODULO DI CONSENSO ALL'INFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI | [D01] FIRMA DEL PAZIENTE | 1 2 3 4 5 |
| | [D02] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO | |
| | [D03] FIRMA DEL MEDICO | 1 2 3 4 5 |
| | [D04] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE | 1 2 3 4 5 |
| | [D05] POSSIBILI COMPLICANZE DA INFUSIONE DI SANGUE E DERIVATI | 1 2 3 4 5 |
| | [D07] DATA | 1 2 3 4 5 |
| | [D08] INDICAZIONI AL TRATTAMENTO | 1 2 3 4 5 |
| REGISTRAZIONE TRATTAMENTO IN CARTELLA CLINICA [MEDICO] | [D09] IDENTIFICAZIONE UNITÀ EMOCOMPONENTE | 1 2 3 4 5 |
| | [D10] ORA DI INIZIO DEL TRATTAMENTO | 1 2 3 4 5 |
| | [D11] FIRMA DEL MEDICO CHE AVVIA IL TRATTAMENTO | 1 2 3 4 5 |
| | [D12] ORA DI TERMINE DEL TRATTAMENTO | 1 2 3 4 5 |
| | [D13] VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI AVVERSI [O DELL'AVVENUTO TRATTAMENTO SENZA REAZIONI] | 1 2 3 4 5 |
| | [D14] FIRMA DEL MEDICO A TERMINE TRATTAMENTO | 1 2 3 4 5 |

| | | |
|---|---|-----------|
| DIARIO INFERMIERISTICO | [D15] REGISTRAZIONE DELL'ATTIVITÀ E DELL'ORA DI INIZIO | 1 2 3 4 5 |
| | [D16] REGISTRAZIONE DELL'ORA DI FINE TRATTAMENTO | 1 2 3 4 5 |
| | [D17] VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI AVVERSI [O DELL'AVVENUTO TRATTAMENTO SENZA REAZIONI] | 1 2 3 4 5 |
| ALTRE PROCEDURE INVASIVE | | |
| INFORMATIVA ALLA PROCEDURA (<input type="checkbox"/> NARCOSI, <input type="checkbox"/> ENDOSCOPIA, <input type="checkbox"/> BIOPSIA, <input type="checkbox"/> STENT, <input type="checkbox"/> EMODINAMICA, <input type="checkbox"/> CENTESI, <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> ALTRO (ESCLUSO INVIO DA PS)) | | |
| | [E01] PRESENZA DEL MODULO INFORMATIVO IN CARTELLA | 1 2 3 4 5 |
| MODULO DI CONSENSO | [E02] FIRMA DEL PAZIENTE | 1 2 3 4 5 |
| | [E03] DICHIARAZIONE (MEDICA) DELLO STATO DI NECESSITÀ / EMERGENZA [IN ASSENZA DI CONSENSO] | 1 2 3 4 5 |
| | [E04] FIRMA DEL MEDICO | 1 2 3 4 5 |
| | [E05] DICHIARAZIONE DI AVVENUTA ACQUISIZIONE VERBALE DEL CONSENSO [IN ASSENZA DI MODULO IN CARTELLA] | 1 2 3 4 5 |
| | [E06] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO | 1 2 3 4 5 |
| | [E07] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE | 1 2 3 4 5 |
| | [E11] DATA | 1 2 3 4 5 |
| INTERVENTO CHIRURGICO | | |
| | [F01] PRESENZA DI MODULO INFORMATIVO E CONSENSO IN CARTELLA | NO 3 sì |
| MODULO DI CONSENSO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO | [F02] FIRMA DEL PAZIENTE | NO 3 sì |
| | [F03] FIRMA DI ALTRA PERSONA SPECIFICARE: <input type="checkbox"/> GENITORE, <input type="checkbox"/> TUTORE LEGALE (CON ATTESTAZIONE IN CARTELLA), <input type="checkbox"/> ALTRO | NO 3 sì |
| | [F04] DICHIARAZIONE DELLO STATO DI NECESSITÀ / EMERGENZA [IN ASSENZA DI CONSENSO] | NO 3 sì |
| | [F05] DICHIARAZIONE DI AVVENUTA ACQUISIZIONE ORALE DEL CONSENSO [IN ASSENZA DI MODULO IN CARTELLA] | NO 3 sì |
| | [F06] COGNOME E NOME DEL PAZIENTE | NO 3 sì |
| | [F07] TIPO DI ANESTESIA | NO 3 sì |
| | [F11] FIRMA DEL MEDICO | NO 3 sì |
| | [F12] DATA | NO 3 sì |
| | [F13] CORRISPONDENZA TRA NUMERO ATTI CHIRURGICI E NUMERO CONSENSI PRESENTI IN CARTELLA | NO sì |
| | [F14] PRESENZA DEL REFERTO IN CARTELLA | NO 3 sì |
| | [F17] CONSENSO ANESTESIOLOGICO | NO 3 sì |
| ALTRE VALUTAZIONI | | |
| REFERTI | [G01] TRACCIATO ECG REFERTATO [LA FIRMA DEL MEDICO SULLA INTERPRETAZIONE DEL SISTEMA VALIDA IL CRITERIO] | 1 2 3 4 5 |
| | [G02] TRACCIATO CTG REFERTATO | 1 2 3 4 5 |
| DOLORE | [H01] PRESENZA DELLA SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DEL DOLORE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON COMPILATA <input type="checkbox"/> sì | |
| | [H02] COMPILAZIONE DELLA SEZIONE DATI ANAGRAFICI | 1 2 3 4 5 |
| | [H03] REGISTRAZIONE DELLA RILEVAZIONE GIORNALIERA | 1 2 3 4 5 |
| LETTERA DI DIMISSIONE | [L01] COPIA DELLA LETTERA IN CARTELLA | NO sì |
| | [L02] FIRMA IN CALCE | NO sì |
| SDO | [P01] PRESENZA DELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA ALL'INTERNO DELLA CARTELLA | NO sì |
| ALTRE VALUTAZIONI | [R01] PRESENZA DI DOCUMENTI INTESTATI AD ALTRI PAZIENTI | sì NO |
| | [R02] RISCONTRO DI ANNOTAZIONI A MATITA | sì NO |
| | [R04] CORREZIONI NON CONFORMI: <input type="checkbox"/> CANCELLAZIONI <input type="checkbox"/> BIANCHETTO <input type="checkbox"/> PENNARELLO <input type="checkbox"/> ALTRO <input type="checkbox"/> FUT <input type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> INFERMIERE | |
| | [R05] FOTOCOPIA DI DOCUMENTO IDENTIFICATIVO | NO sì |
| | | |
| CARATTERISTICHE DELLA DOCUMENTAZIONE ESAMINATA | | |
| | [S06] PRESENZA DI DOCUMENTI NON INERENTI IL RICOVERO INDICE | NO sì |
| CARTELLA IN FORMATO PDF | [S03] DIARIO CLINICO IN SEQUENZA CRONOLOGICA | NO sì |
| | [S04] DIARIO INFERMIERISTICO IN SEQUENZA CRONOLOGICA | NO sì |
| | [S05] PAGINE SENZA CONTENUTI INFORMATIVI <input type="checkbox"/> SEPARATORI DI SEZIONE <input type="checkbox"/> DIARIO CLINICO <input type="checkbox"/> DIARIO INFERMIERISTICO | |
| | | |
| NOTE E FIRME | | |
| | | |
| <p>LUOGO E DATA DELLA VERIFICA: FERRARA,</p> | | |

ALLEGATO C

VERBALE CONTROLLI SANITARI (Ex DGR 354/2012 e successive modifiche)

AUDITOR _____ DATA AUDIT _____

ANNO _____ TRIMESTRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 TIPO CONTROLLO: INTERNO
 ESTERNO

STABILIMENTO/REPARTO (come da lista inviata)

N° SDO (10 caratteri)

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

TIPOLOGIA CONTROLLO (Barrare una sola voce come da lista)

| Controlli obbligatori: |
|---|
| 01) DRG Maldefiniti |
| 02) DRG Chirurgico CC in DH |
| 03) DRG Chirurgico CC in RO (Ricovero Ordinario) 0-1 gg |
| 04) DRG con CC in regime ordinario con degenza inferiore al Trim Point del DRG omologo |
| 05) Corretta codifica della diagnosi principale di Sepsis |
| 06) RO programmati con deg 0-3 gg e modalità di dimissione=2 |
| 07) Outliers (esclusi deceduti-trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75 Pz >= 65 AA) |
| 08) DRG 088 e 429 Ordinari > 1 g programmati (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75) |
| 09) DRG ordinari > 1g programmati potenzialmente inappropriati indicati nel DPCM LEA 12/01/2017 (esclusi deceduti/trasferiti e codici disciplina 28-56-60-75) |
| 10) DH diagnostici |
| Controlli consigliati, non obbligatori: |
| 11) PNE (ogni azienda secondo le proprie criticità). |
| 12) Congruenza SDO-Cartella Clinica |
| 13) Audit clinici istituzionali (ad es. audit AGENAS) |
| 14) Audit clinici locali |
| 15) Controlli su altre tipologie definite negli accordi locali |
| 99) Altri controlli |

ESITO VALUTAZIONE (Barrare una sola voce)

- Ricovero Appropriato
 Inappropriato per Setting
 Inappropriato per Timing
 Inappropriatezza di Codifica
 Cartella non disponibile

NOTE: _____

Firma Auditor

| | | | |
|--|--|--|---|
| SOMM.NE DI CHEMIOTERICI: <input type="checkbox"/> ORALE <input type="checkbox"/> SISTEMICA <input type="checkbox"/> ALTE DOSI <input type="checkbox"/> ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA [INFUSIONE ≥24 ORE] | | | |
| <input type="checkbox"/> PRESTAZIONI NON INSERITA NEL TARIFFARIO AMBULATORIALE (SPECIFICARE): | | | |
| <input type="checkbox"/> FARMACI CON RIMBORSO (PARZIALE) VINCOLATO AL REGIME DI RICOVERO (SPECIFICARE): | | | |
| <input type="checkbox"/> DENUNCIA DI CADUTA A TERRA <input type="checkbox"/> SENZA LESIONI <input type="checkbox"/> CON LESIONI: | | | |
| <input type="checkbox"/> RE-INTERVENTO ENTRO LE 24 ORE PER: | | | |
| <input type="checkbox"/> RE-INTERVENTO NON PROGRAMMATO OLTRE LE 24 ORE PER: | | | |
| INTERVENTO RINVIATO PER MANCANZA DI POSTO LETTO IN TERAPIA INTENSIVA: <input type="checkbox"/> AD ALTRO RICOVERO [V64*] [VALORIZZAZIONE € 0,00] <input type="checkbox"/> POSTICIPATO [STESSO RICOVERO] | | | |
| DECORSO: | | | |
| GIORNI DI DEGENZA NON APPROPRIATI [APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA]: | | | |
| <input type="checkbox"/> N° GIORNATE PREOPERATORIE IN RICOVERO CHIRURGICO PROGRAMMATO _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> N° GIORNATE DI DEGENZA SENZA PRESTAZIONI / OSSERVAZIONI IN CARTELLA _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> N° GIORNATE PRECEDENTI LA DIMISSIONE [DATA DIMISSIBILITÀ: _____] _____ TOTALE: _____ | | | |
| DIMISSIONE RITARDATA: | | | |
| <input type="checkbox"/> > DIAGNOSTICA | <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE | <input type="checkbox"/> ATTESA REFERTI | <input type="checkbox"/> DIMISSIONE PROTETTA NON ATTIVATA |
| <input type="checkbox"/> > MANCANZA POSTO LETTO c/o | <input type="checkbox"/> RSA | <input type="checkbox"/> LPA-RIABILITAZIONE | <input type="checkbox"/> ALTRO OSPEDALE |
| <input type="checkbox"/> > RIENTRO IN FAMIGLIA | <input type="checkbox"/> RITARDATO | <input type="checkbox"/> RESPINTO | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> > ASSISTENZA TERRITORIALE | <input type="checkbox"/> RITARDATA ATTIVAZIONE | <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> > TRASPORTO | <input type="checkbox"/> NON DISPONIBILE | <input type="checkbox"/> NON SOSTENIBILE (€) | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> DIMISSIONE IN ATTESA DI SUCCESSIVA CONVOCAZIONE PER TRATTAMENTO CHIRURGICO | | | |
| <input type="checkbox"/> RE-AMMISSIONE PROGRAMMATO PER: | | | |
| <input type="checkbox"/> INTERVENTO PRESSO ALTRA UO/AZIENDA | <input type="checkbox"/> INTERVENTO IN PRECEDENZA RINVIATO | <input type="checkbox"/> DIAGNOSTICA IN PRECEDENZA NON DISPONIBILE | |
| <input type="checkbox"/> SECONDO TEMPO DI TRATTAMENTO | <input type="checkbox"/> PROCEDURA SU ORGANO CONTROLATERALE | <input type="checkbox"/> COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO | |
| <input type="checkbox"/> PRESTAZIONE IN SERVICE | <input type="checkbox"/> ALTRO: | | |
| ALTRE OSSERVAZIONI E NOTE DEL VALUTATORE [COMPRESA EVENTUALE SPECIFICAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI DA TARIFFARE]: | | | |
| VALUTAZIONE FINALE COMPLESSIVA: | | | |
| 1 SETTING ASSISTENZIALE SUGGERITO: <input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO <input type="checkbox"/> RICOVERO ORDINARIO 0/1 GG <input type="checkbox"/> RICOVERO DIURNO <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/> OBI | 2 GIUDIZIO DI APPROPRIATEZZA: <input type="checkbox"/> RICOVERO APPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO INAPPROPRIATO <input type="checkbox"/> RICOVERO PARZIALMENTE APPROPRIATO | 3 VARIAZIONI ECONOMICHE PROPOSTE: <input type="checkbox"/> VALORIZZAZIONE RO 0/1 GG <input type="checkbox"/> ANNULLAMENTO DELL'IMPORTO <input type="checkbox"/> VALORIZZAZIONE AMBULATORIALE | |
| FIRME: | | | |
| | | | |