

**SPI, SCHEDA PROGRAMMAZIONE INTERVENTO**

(da consegnare all'Ufficio Ricoveri)

Cognome.....Nome.....

Residenza (città).....C.F.....

Luogo e data di nascita.....

Telefono.....

Telefono della persona da informare in caso di necessità.....

Classe di priorità:  A  B  C  D

Lateralità:  DESTRA  SINISTRA  BILATERALE  N.A.

**Diagnosi**.....

**Intervento proposto**.....

Dispositivi medici impiantabili (specificare).....

Strumenti per mezzi di sintesi (specificare).....

**Regime assistenziale**  RICOVERO ORDINARIO  RICOVERO DIURNO

**Anestesia**  GENERALE  LOCO-REGIONALE  AMBULATORIALE  LOCALE  .....

**Principali Patologie/devices (ALLEGARE DOCUMENTI)**

Diabete  Pace maker  Patologie valvolari/cardiache.....  Pregresse TVP

Pregressi interventi di rivascolarizzazione arteriosa  Altro (specificare).....

**Terapia assunta a domicilio**

Farmaci che interferiscono con la coagulazione.....

Farmaci immunosoppressori.....

Farmaci antitumorali.....

Pillola anticoncezionale / terapia ormonale sostitutiva.....

Allergie riferite .....

Altro (specificare).....

**Accertamenti da eseguire:**

STANDARD  ALTRO.....  RX/RM/TAC.....  ALTRO.....

**Note**.....

Data.....Timbro e firma del Medico.....

**Si consegna scheda informativa per paziente candidato ad intervento chirurgico (Allegato MOD DS 11).**

Firma per accettazione paziente .....