

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 ELateralità: 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