

**MODULO DI ACCESSO AL PRERICOVERO INTERVENTI IN REGIME ORDINARIO-DAY SURGERY**

Gentile Signora/ Egregio Signore.....  
dovrà presentarsi per il prericovero il giorno.....alle ore.....presso lo sportello **Accettazione Ricoveri e Preoperatori** dove ritirerà il Suo numero all'elimina-code posto di fronte allo sportello stesso.

 **CONVOCAZIONE PRERICOVERO**

A digiuno dalla mezzanotte (può bere acqua e assumere la terapia abituale con esclusione della terapia antidiabetica che porterà con sé quel giorno)

**N.B. Gli accertamenti preoperatori potranno protrarsi fino al primo pomeriggio (indicativamente ore 14.00)**

 **CONVOCAZIONE PRERICOVERO**

Alle ore 06.30 può assumere una colazione leggera (thè poco zuccherato e due biscotti secchi e la terapia abituale).

**N.B. Gli accertamenti preoperatori potranno protrarsi indicativamente fino alle ore 17.00**

**È necessario portare con sé:**

- Tessera Sanitaria, Tessera TEAM
- Documento d'identità valido
- Scheda di Programmazione Intervento (compilata dallo Specialista della Casa di Cura)
- Impegnativa di ricovero con diagnosi (compilata dal Suo Medico di Famiglia)
- Scheda di accesso in ospedale + Modulo di Ricognizione terapia Farmacologica compilati dal Suo Medico di Famiglia
- Farmaci assunti a domicilio (una confezione per tipo)
- Eventuali indagini diagnostiche eseguite (rx, rmn, tac, doppler, emg, esami cardiologici, ecc.)
- Eventuale documentazione relativa ad altre patologie pregresse (cardiologica, pneumologica, diabetologica, oncologica ecc..)

**IMPORTANTE**

- 1. La pillola anticoncezionale o il "cerotto" per terapie ormonali sostitutive** devono essere sospesi almeno 30 gg prima dell'intervento
- 2. Per pazienti minori** è richiesta la presenza di uno dei due genitori; in caso di genitori separati è necessaria la presenza dell'esercente la potestà genitoriale.
- 3. Per i pazienti riconosciuti giuridicamente incapaci** è necessaria la presenza del Tutore o dell'Amministratore di sostegno presentando **l'atto di nomina del tribunale.**

**Data del tampone:** Giorno..... Ora..... Varco.....

In caso di:

- presenza di sintomi/ patologie (raffreddore, febbre, sindrome influenzale, ecc.) nelle ore che precedono la data dell'appuntamento
- impossibilità a presentarsi nel giorno indicato (avvisare almeno 24 ore prima)

**Numero di riferimento 0422896740 - 0422896788 - 0422896600 - 0422896367 -0422 896455 - 0422 896556; mail ricoveri@giovanni23.it**

dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 17.00

**Data del ricovero:** Giorno.....Ora.....