

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 15.00)

 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:

- 2 Campioni di urina per urinocoltura (vedi istruzioni allegate)
- Campione di urine della mattina
- 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 0422896367; mail ricoveri4@giovanni23.it

dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 17.00

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