

U.O.....
 OSPEDALE di.....

PROPOSTA DI RICOVERO OSTETRICIA E GINECOLOGIA

A	B	C	D
----------	----------	----------	----------

Cognome e nome:.....

Data di nascita:/...../..... Codice Fiscale:.....

Residente a:.....in via/p.zza.....

Telefono abitazione:.....Cellulare:.....

CURANTE:..... U.M.....

PATOLOGIA.....

.....

INTERVENTO PROPOSTO:.....

.....

PATOLOGIE ASSOCIATE:.....

.....

ALLERGIE:.....

TERAPIE IN ATTO:.....

ESAMI RICHIESTI (specificare)

Esami ematici/Markers	
Rx torace - TAC - Eco	
Ecg / visita cardiologica	
Consulenze	

Ricovero ordinario	DH	Chirurgia a bassa intensità operativa ed assistenziale	Ambulatoriale
--------------------	----	---	---------------

Data: ___ / ___ / ___

Il medico: _____