

CODICE DEGENTE		REGIONE EMILIA ROMAGNA AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA POLICLINICO S.ORSOLA-MALPIGHI			MODULO A.D.		
SCHEDA		DATA AMMISSIONE	ORA AMMISSIONE	DATA PRENOTAZIONE	CLASSE DI PRIORITA'		
AMMISSIONE	COGNOME		NOME		SESSO	DATA DI NASCITA	
	LUOGO DI NASCITA			PROVINCIA	NAZIONE	CODICE INDIVIDUALE	
	CITTADINANZA		ESERCENTE LA POTESTA'		USL ASSIST.	REGIONE ASSISTENZA	
	RESIDENZA	INDIRIZZO		COMUNE		PROV.	
	DOMICILIO	INDIRIZZO		COMUNE		PROV.	
	STATO CIVILE		CONDIZIONE LAVORATIVA		N. TELEFONO		
	PROPOSTA DI RICOVERO		PROVENIENZA DEL PAZIENTE		MOTIVO DEL RICOVERO		
	TIPO DI RICOVERO		EVENTUALE TRAUMATISMO O AVVELENAMENTO		ONERE DELLA DEGENZA		
	CASISTICA AMMINISTRATIVA				COD.MED. DI BASE	RIF.	
	REPARTO DI AMMISSIONE			COD. REPARTO	NOTE AMMINISTRATIVE		
	N° TESSERA SANITARIA / CODICE STP			SCADENZA TESSERA SANITARIA			

TRASFERIMENTI	REPARTO RICEVENTE	COD. REPARTO	DATA	ORA

DIMISSIONE	REPARTO DI DIMISSIONE	COD. REPARTO	DATA	ORA	
	DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE			CODICE	PRES. ALL'AMMISSIONE <input type="checkbox"/>
	PATALOGIE CONCOMITANTI E/O COMPLICANZE DELLA MALATTIA PRINCIPALE			CODICE	PRES. ALL'AMMISSIONE
	1)				<input type="checkbox"/>
	2)				<input type="checkbox"/>
	3)				<input type="checkbox"/>
	4)				<input type="checkbox"/>
	5)				<input type="checkbox"/>
	TIPO DI DIMISSIONE:	RICHIESTA AUTOPTICA:	SALMA A DISPOSIZIONE AUTORITA' GIUDIZIARIA:		
	EUROSCORE <input type="text"/>	RILEVAZIONE DOLORE:	STADIAZIONE CONDENSATA:		
PRESSIONE ARTERIOSA:	CREATININA SERICA:	FRAZIONE EIEZIONE:			
INT. CHIR. PRINCIPALE	DATA	ORA	CODICE	CHECKLIST SALA OPERATORIA <input type="checkbox"/>	
ALTRI INTERVENTI IMPORTANTI					
1)				<input type="checkbox"/>	
2)				<input type="checkbox"/>	
3)				<input type="checkbox"/>	
COGNOME E NOME 1° CHIRURGO:		CODICE FISCALE 1° CHIRURGO:			
COGNOME E NOME 2° CHIRURGO:		CODICE FISCALE 2° CHIRURGO:			
COGNOME E NOME 3° CHIRURGO:		CODICE FISCALE 3° CHIRURGO:			
COGNOME E NOME ANESTESISTA:		CODICE FISCALE ANESTESISTA:			
PUNTEGGIO ASA:				FIRMA MEDICO _____	