



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico

Edited by Foxit Reader
Copyright(C) by Foxit Software Company,2005-2008
For Evaluation Only.



San Michele in Bosco
Area Monumentale I.R.C.C.S.

Modello di richiesta prestazioni collegate all'attività chirurgica di DAY SURGERY

Divisione/Servizio _____

Si richiedono i seguenti esami per il/la Sig./ra _____

Nato/a il _____ Residente a _____ Asl assistito _____

Programmato per il ricovero il _____ presso IOR DAY SURGERY

- ELETTRICARDIOGRAMMA CON REFERTO
 - EMOCROMOCITOMETRICO CON CONTEGGIO DELLE PIASTRINE
 - TESTS COAGULAZIONE (TEMPO PROTROMBINA, PTT, ANTITROMBINA III, FIBRINOGENEMIA)
 - CK (solo per pazienti pediatrici dai 5 anni ai 14 anni compiuti)
 - ALTRO (specificare): _____
- N.B.:** qualora la S.V. abbia eseguito tali esami nei 3 mesi precedenti non è necessario ripeterli, sarà sufficiente produrre la documentazione ed i relativi referti.

Note: Per i cittadini residenti in RER la presente prescrizione sostituisce la richiesta/proposta su ricettario del SSN e nessuna quota di compartecipazione alla spesa dovrà essere addebitata al cittadino.

- Per i cittadini provenienti da altre regioni, che decidano di effettuare tali indagini presso la propria AUSL di residenza, questo modulo non ha valore di prescrizione al di fuori della Regione Emilia Romagna. In tale caso le prestazioni dovranno essere richieste dal medico curante e saranno sottoposte alla modalità di partecipazione alla spesa secondo quanto disposto dalla Regione di residenza.

Data _____

Timbro e firma del medico

IL RESPONSABILE

Dr Ermanno Martucci